

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

### REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
<b>J. DE AZÚA</b> Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	<b>A. FERNÁNDEZ</b> Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	<b>G. MARAÑÓN</b> Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
<b>J. BLANC Y FORTACIN</b> Del Hospital de la Princesa.	<b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	<b>M. MARIN AMAT</b> Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
<b>L. CARDENAL</b> Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	<b>F. GONZÁLEZ AGUILAR</b> Director-Médico del Instituto Cervantes.	<b>J. MOURIZ RIESGO</b> Jefe del Laboratorio del Hospital General.
<b>J. CODINA CASTELLVI</b> Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid.	<b>B. NAVARRO CÁNOVAS</b> Profesor de Radiología del Hospital Militar.
<b>V. CORTEZO</b> Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	<b>S. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	<b>S. PASCUAL Y RÍOS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
<b>L. ELIZAGARAY</b> Del Hospital General de Madrid.	<b>T. HERNANDO</b> Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	<b>A. PULIDO MARTÍN</b> Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
<b>A. ESPINA Y CAPO</b> Académico de la Real de Medicina.	<b>F. LOPEZ PRIETO</b> Ex-Médico-Titular.	
	Redactor Jurídico: <b>A. CORTEZO COLLANTES</b>	
	Secretario: Prof. Dr. <b>GUSTAVO PITTALUGA</b> , Académico de la Real de Medicina.	

### PROGRAMA CIENTIFICO:

*Ciencia española.*—*Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.*—*Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.*—*Fomento de la enseñanza.*—*Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.*—*Edificios decorosos y suficientes.*—*Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.*—*Fomento premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

**SUMARIO:** Sección científica: Cajal: su personalidad, su obra, su escuela, por el Dr. Carlos M.<sup>a</sup> Cortezo.—El dolor y sus clases como elemento de diagnóstico psicopático y base de toda intervención quirúrgica, por el Dr. R. Alvarez Sa'azar.—Las inyecciones de leche esterilizada en Terapéutica (ocular y general), por el Dr. Manuel Marin Amat.—Estado actual de la doctrina de las secreciones internas, por el Dr. D. Gregorio Marañón y Posadillo.—Bibliografía, por el Dr. E. Fernández Sanz.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—El Excmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz, por Angel Pulido.—La cuestión del agua del Lo'oya, por F. Murillo.—Homenaje á Cajal.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalido.—Sociedad Española de Higiene.—Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios

## CAJAL

### Su personalidad, su obra, su escuela

POR EL

DR. CARLOS M.<sup>a</sup> CORTEZO

Siempre he sido ambicioso; codicioso, jamás. Los anhelos de mi ambición en las esferas inspiradoras de mis ideales, me han llevado á extremar los deseos de prosperidad de hombres y de pensamientos, no tan sólo en la relación egoísta de la personalidad, sino en la generalización del triunfo ajeno, que después de todo es también propio para los verdaderos y puros partidarios del progreso científico y de los prestigios de la Patria.

El estímulo por llegar á la realización de hechos y á la consecución de obras y empresas que pudieran elevar mi nombre entre los que la Humanidad ensalza y respeta, ha movido y aun inquietado las actividades atáxicas de mi espíritu y las locas fantasías de mi juventud y hasta los convencimientos y propósitos de mi vejez; pero jamás se ha mezclado con tales alicientes la sed inextinguible que no repara en medios para verse saciada, ni me ha acuciado el mal sano deseo de que mis auges fuesen obtenidos á expensas de mermas ajenas.

¡Ay del hombre que no siente la emulación generosa; pero ay de aquel que aspira á la soledad en el altura y al monopolio en el triunfo!

¿Cuándo podrá ser más agradable la convivencia que en el reposo de la jornada coronadora del

esfuerzo, entre los afines en la aspiración al verse alejados de los inoportunos y los incapaces de comprensión?

Los que llegan al fin de su propósito, claro está que las más veces garantizan su valor con el hecho de haber llegado y son, por tanto, sociedad apetecible, aunque pasajera, pues ellos continúan su ascensión, dejándonos á los que sólo parcialmente pudimos recorrer el camino de la anhelada meta.

La compañía sociable puede distraer en el objeto y aun estorbar á los fines en el comienzo de la subida, pero es estimable al ganar las cimas, porque consiente comunicar y recibir las impresiones del panorama conquistado, del esfuerzo que se realizó y de los medios que á otros podrán servirles para realizar y aun facilitar el camino.

Narrar las excelencias del triunfo, es tomar en él una parte que no puede escatimar á la plausible hidalguía del esfuerzo lo que negó con justicia la insuficiencia de la propia capacidad.

No puede dudarse de que el historiar, puntualizar aclarándolos y propagar los merecimientos de los investigadores, las conquistas y los avances de la Ciencia que ésta no reveló á nuestra insuficiencia ó á nuestra pereza, no puede discutirse que sea una manera de asociarse á tan altas obras. Es un complemento, todo lo modesto que se quiera, pero que si no es siempre necesario, nunca es inútil; si puede parecer ocioso y redundante á juicio de los eruditos y enterados, será sin duda conveniente, práctico y provechoso para la generalidad de los estu-





diosos que no tuvieron tiempo ó descuidaron su empleo en la puntualización de las obras del genio, cuando éste ha trabajado en esferas que no son las frecuentadas por la habitual investigación, ni ofrecen atractivos á los primeros anhelos del vulgar deleite.

El que conociendo la excelencia de una obra, no tomó parte en su colaboración por propia incapacidad, aunque siente noble y sincera admiración por el que la llevó á cabo, lo menos que puede hacer es ayudar á que la obra sea conocida más que de oídas, facilitando su asimilación á los que en resumen quieren tener de ella idea y estimulando el deseo de llegar á su completo dominio en los que á él quieren ó deban llegar.

Muchas veces, cuando personas imperitas preguntan: «¿En qué consisten esos descubrimientos de Cajal, que ustedes admiran tanto y que parece que los extranjeros han acogido con general aplauso?» Creía yo que se les podía contestar, si no de un modo detallado, de una manera sintética, pero las más de estas veces me he convencido de que la falta de preparación en la mayoría de la gentes y las deficiencias de cultura en las ciencias biológicas, les hacían no entender claramente toda la trascendencia de lo que se les trataba de explicar.

Esto, en cuanto á los imperitos, y al público en general; pero en cuanto á los médicos, aunque no en igual grado, les ocurría también que, no teniendo orientados sus conocimientos sino en el sentido de la práctica clínica ó de las especialidades, descuidaron sus estudios fundamentales de fisiología y de biología desde la terminación de su carrera, y si prestaban un aplauso de generosa predisposición al compañero, no se le daban con todo aquel convencimiento que el dominio de una materia por ellos no cultivada, les debiera inspirar.

Nuestro admirado compatriota recibía, pues, de buena parte de los compañeros y de todos los extraños un homenaje de buena voluntad; pero no de persuasión y de convencimiento. Los que desde hace tiempo le conocemos y admiramos; los que hemos oído en los más diversos países y de labios de los más esclarecidos sabios, las unánimes alabanzas que el conocimiento detallado de sus investigaciones han despertado, no podíamos darnos por contentos con eso. Es más, las generaciones de discípulos que por su cátedra han pasado, han recibido ya su enseñanza *condimentada y asimilable*; pero no han inquirido, en su mayor parte, los comienzos de sus conquistas, ni las asperezas de sus dificultades, ni las violencias de sus luchas, y no puede negarse que la posesión de una verdad científica no representa su completa estimación, sino cuando se ha pasado, siquiera sea por referencia, por toda su gestación y su embriología.

Hoy se presenta un buen motivo para, en la organización del homenaje que España entera prepara en honor de su hijo eminente, darle una modesta prueba de acatamiento mostrándole en los unos deseo de propagar la historia de su obra, en los otros, afán por conocerla y compenetrarse con ella y en todos, en fin, unidos en un generoso propósito, el empeño de que esta obra continúe, de que el nombre de Cajal sea la bandera futura de la ciencia española, su ejemplo el inspirador de la conduc-

ta de los investigadores nacionales venideros, y su recuerdo en lo futuro, el orgullo y envanecimiento de nuestra raza.

De la personalidad de Cajal, de sus condiciones de pensador, de escritor, de artista y de patriota se ocupó ya EL SIGLO-MÉDICO con motivo de la publicación de la edición 2.<sup>a</sup> de los *Recuerdos de mi vida*; á aquellos artículos publicados en 1917 (1) nos remitimos para que nuestros lectores lo recuerden; por ahora nos limitaremos á la labor que entonces no llevamos á cabo, de retratar al Cajal *investigador científico*, al hombre de laboratorio, al biólogo, al que las generaciones futuras han de colocar seguramente al nivel de los Servets, los Arveos, los Virchows, los Lavoissier, y en una palabra, de los hombres que con un impulso genial han orientado la ciencia de toda una época por derroteros de progreso, nunca variados después.

¿Cuál será el programa de nuestra tarea? El siguiente:

Exposición del estado de los conocimientos histológicos y de la fisiología del sistema nervioso antes de Cajal.

Descubrimientos de la histología llevados á cabo por Cajal en la medula, en la retina, en el cerebelo, en la corteza cerebral y sistema nervioso en general, del hombre y de los animales.

Significación fisiológica de tales descubrimientos.

Investigaciones y estudios de Cajal, fuera del sistema nervioso. Fagocitosis de las plaquetas sanguíneas. Inoculaciones anticoléricas. Fagocitosis de los leucocitos contra las producciones epiteliomatosas. Estudios sobre la patogenia de la rabia.

Concepto politativo de la diferenciación en el cerebro humano.

Procuraremos al tratar estos puntos ser sencillos, concretos y metódicos, con objeto de ser útiles, no solamente á los médicos en general, sino á toda persona que quiera reforzar su propia cultura y contribuir á elevar el concepto de la ciencia española.

## I

### EXPOSICIÓN DEL ESTADO DE LOS CONOCIMIENTOS HISTOLÓGICOS Y DE LA FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO ANTES DE CAJAL.

Allá por los años de 1877 y 1878, cuando Cajal estudió la Histología, asignatura que entonces se exigía para obtener el título de Doctor, el estado de los conocimientos acerca de la estructura del sistema nervioso, según aparecía en los libros de texto generales de aquella ciencia, era el siguiente (2):

Se incluía al tejido nervioso, entre los tejidos compuestos, definiéndole como un conjunto de fibras y de células colocadas en medio de una masa de tejido conjuntivo. Las fibras nerviosas, ó tubos nerviosos, constituían casi exclusivamente la substancia blanca; y las células nerviosas, llamadas también *células* ó *corpúsculos ganglionares*, se describían en la substancia gris, mezcladas con las fibras; por esta razón, á la substancia gris se la

(1) Véase núm. 3.321 al 3.324 del mes de Agosto.

(2) Dr. Maestre de S. Juan, *Tratado de Anatomía general* (1872). — H. Frey, *Tratado de Histología y de Histoquímica* (1871). — Virchow, *Patología celular* (1874). Ranvier, Kölliker, Rindfleisch, etc.



denominaba igualmente con el nombre de *substancia ganglionar*.

Repasando los libros de aquella época, se advierte desde luego la inseguridad que reinaba acerca de todo lo relativo á la textura íntima del sistema nervioso; y comparándolos con los actuales tratados de Histología, causa asombro y admiración el formidable avance que ha logrado esta ciencia, en relativamente pocos años, merced al copiosísimo caudal de datos aportados por numerosos investigadores de los diversos países, entre los que merece uno de los puestos principales, como por todos es reconocido, el ilustre sabio español Ramón y Cajal.

Indudablemente, los conocimientos de entonces, resultan hoy harto limitados y vagos al mismo tiempo; por otra parte, los fenómenos más complejos de la vida animal, presentaban una evidente relación con dicho sistema y, por si esto fuera poco, intuitivamente se había localizado también en él, desde antiguo, la función extraordinaria y misteriosa del pensar; no es de extrañar, por lo tanto, el afán de los estudiosos por descubrir las verdades encerradas en aquella trama confusa de fibras y de células y el que trataran de vencer los obstáculos, cuando no tenían otros medios, valiéndose de teorías más ó menos fundadas. En cambio, en nuestros días, ésta cuestión presenta un aspecto muy diferente; con el descubrimiento de métodos nuevos de investigación, la importancia de los hechos puestos de manifiesto, ha transformado las concepciones de entonces y hasta puede decirse que la ciencia vaga é insegura, que constituía la Histología del sistema nervioso de hace medio siglo, es actualmente una ciencia de detalle, en la que las teorías están precedidas de una copiosa aportación de hallazgos.

*Célula nerviosa.*—Hace cincuenta años, la célula nerviosa se describía como un elemento «desprovisto de membrana de cubierta, colocada, por tanto, en la substancia gris de los centros nerviosos, en medio de la substancia conjuntiva fundamental que sirve de sostén á los elementos nérvicos».

Se conocían diversas clases de células; unas desprovistas de prolongaciones (*células ganglionares apolares*), y otras con un número variable de expansiones (*células unipolares, bipolares y multipolares*); por último, se indicaba la existencia de ciertas células, situadas en el cerebro y medula espinal, de las cuales era muy difícil determinar los contornos. El protoplasma de la célula nerviosa se estimaba constituido por una masa pastosa que encerraba numerosas moléculas muy ténues de una substancia protéica, á las cuales se añadían moléculas de grasa y con mucha frecuencia granulaciones formadas por un pigmento amarillento, pardo ó negro. Se afirmaba que las prolongaciones ó expansiones de las células nerviosas, se unían con las de las células vecinas, o bien formaban un filamento especial, denominado *cilindro eje*, que corría á lo largo de las fibras nerviosas, rodeado por una substancia constituida por una mezcla de materias albuminoideas y de grasas cerebrales, llamada *substancia medular* ó *medula nerviosa*. Las células multipolares se consideraban casi exclusivas del cerebro y la medula; las células apolares, ó las provistas solamente de una ó dos prolongaciones, que se pueden encontrar en

estos órganos, no serían más que células mutiladas.

*Fibras nerviosas.*—La estructura de las fibras ó tubos nerviosos, consistía en una cubierta de tejido conjuntivo muy delgada (*membrana primitiva, membrana de Schwann* ó *neurilema*); un filamento de naturaleza albuminoidea, colocado en el eje del tubo (*cilindro-eje*); y la substancia medular ó medula nerviosa (*mielina* de Virchow ó *substancia blanca* de Schwann). El neurilema no cubría todo el trayecto de la fibra nerviosa y era una cuestión difícil de resolver, la de determinar hasta qué punto, esta membrana recubría los elementos del sistema nervioso, considerando hasta imposible hacerlo de una manera cierta. Se decía que faltaba en los puntos de emergencia de ciertos nervios craneales y también en las ramificaciones periféricas de los nervios; finalmente, las fibras nerviosas del cerebro y de la medula espinal, aparecían desprovistas de envoltura. Un hecho al que ciertos autores concedían gran importancia, era el de que el cilindro-eje, difícil de observar á causa de su extraordinaria delicadeza, aparecía muy distintamente en el punto de origen del tubo nervioso y en las ramas terminales, en donde faltaba la substancia medular. Las diferencias que los tubos nerviosos ofrecían en su diámetro, sirvió á diversos autores, y especialmente á Robin, para dividirlo en tres órdenes: tubos anchos, delgados y tubos ó fibras de Remak. Las fibras de Remak (fibras ganglionares), se describían como unas fibras transparentes, con frecuencia aplanadas y que estaban desprovistas de mielina, presentaban un aspecto homogéneo y á cierta distancia se observaban núcleos ovalados, alargados ó fusiformes. La naturaleza de las fibras de Remak, era objeto de discusión desde muy antiguo; para unos, eran de naturaleza conjuntiva; para otros, eran indudablemente fibras nerviosas; no faltaba quien las consideraba como fibras nerviosas en estado embrionario. De todos modos, era este un punto que faltaba por resolver, aunque justo es apuntar que la mayoría de los histólogos se inclinaban á incluir tales fibras entre las nerviosas. Eran particularmente abundantes en el sistema nervioso del gran simpático.

*Terminaciones nerviosas.*—Los conocimientos acerca del modo de terminación de las fibras nerviosas en la periferia, en los órganos, estaban relativamente más adelantados. Según Virchow, uno de los más bellos triunfos aportados por la Histología, consistía en haber elucidado esta difícil cuestión; en efecto, anatómicos y fisiólogos se han ocupado de ella en todo tiempo y resulta evidente que sólo consentía suposiciones, en la época en que no se disponía del análisis microscópico; se pensaba que las ramas nerviosas se dividían en ramos cada vez más finos y que las últimas divisiones se confundían con el tejido del órgano; más tarde, algunos observadores, creyeron haber encontrado terminaciones en asa, resultantes de la reunión en la periferia, de dos fibras nerviosas, ó bien las fibras del tubo nervioso al llegar á su destino se encorvaban y venían por un trayecto retrógrado á aplicarse fuera á ellas mismas, ó bien á otras vecinas, para dirigirse á su punto de partida, es decir, al centro nervioso; otros autores hablaban de plexos terminales y no faltaba quien abogara por la terminación



libre. Finalmente, poco después de la mitad del siglo XIX, se habían descubierto ya algunos tipos de la mayor parte de los modos de terminación que hoy se consideran como verdaderos. Se conocían: los *corpúsculos de Pacini*, ó de *Vater*, con su elegante estructura, de capas concéntricas, ovaladas ó elípticas, sembradas de núcleos que rodean á la fibra nerviosa única, terminada por un abultamiento en forma de maza; su significación en cambio, se desconocía todavía en la época de Virchow; los *corpúsculos de Krause*, observados en la conjuntiva, papilas de la lengua, etc., y los *corpúsculos del tacto de Meissner*, ó de *Wagner*, parecidos á los de Krause, pero de estructura más complicada. Estas tres variedades de corpúsculos, era lo mejor conocido respecto á las terminaciones de los nervios sensitivos (1).

En cuanto á las terminaciones nerviosas en los órganos de los sentidos, los datos conocidos no satisfacían á los observadores, quienes manifestaban acordemente la dificultad que entrañaba su estudio. En la retina, la membrana nerviosa del ojo, como entonces preferentemente se denominaba, acerca de cuya estructura existían numerosas obras y sobre la cual hizo Cajal en su día, uno de sus más interesantes estudios, se describían de fuera á dentro (de centro á periferia del ojo), las siguientes capas: 1.<sup>a</sup>, capa de los *bastones* y de los *conos*; 2.<sup>a</sup>, la *membrana limitante externa* ó *posterior*; 3.<sup>a</sup>, la *capa granulosa externa*, considerada formada únicamente por groseras granulaciones redondas; 4.<sup>a</sup>, otra capa de apariencia amorfa, *intergranulosa* ó *intermediaria*; 5.<sup>a</sup>, en seguida se encuentran nuevas granulaciones groseras, ó *capa granulosa interna*; 6.<sup>a</sup>, una *capa molecular*; 7.<sup>a</sup>, la *capa de las células nerviosas*; 8.<sup>a</sup>, *capa de las fibras del nervio óptico*, y 9.<sup>a</sup>, *capa limitante interna*.

Por otra parte, en la retina existiría además una trama conjuntiva, como en los centros nerviosos, en la que se observaban elementos de sostén, verticales, de dirección radiada, ó fibras de Müller, cuya naturaleza conjuntiva parecía incontestable.

Mucho más reducidos eran los conocimientos sobre las terminaciones nerviosas en los órganos del oído y del olfato, acerca de las cuales no se encuentra ningún dato importante en las obras de Histología de hace cincuenta años.

Por último, las terminaciones de los nervios motores en los músculos estriados tenían lugar para unos en la cara externa del sarcolema, y para otros, debajo de esta cubierta de la fibra muscular; estos últimos describían, basados en sus investigaciones, que la fibra nerviosa primitiva llega á la fibra muscular y perfora el sarcolema: la cubierta propia de la fibra ó neurilema, se continúa y confunde con la de la fibra muscular; al mismo tiempo, la rama terminal del nervio se abulta debajo del sarcolema y constituye una masa en forma de placa, provista de núcleos y finamente granulosa; estas placas se continúan por sus bordes y por su cara inferior, con la masa muscular, y se denominaron *placas terminales*.

(Continuará.)

(1) La interpretación de estos hechos, se prestaba por parte de fisiólogos y médicos, á concepciones y teorías diversas.—Correzo: «La diferenciación sensitiva». Discurso de inauguración de la Academia Médica Quirúrgica, 1874.

## El dolor y sus clases como elemento de diagnóstico psicopático y base de toda intervención quirúrgica

POR EL

DR. R. ALVAREZ SALAZAR

Especialista en enfermedades nerviosas y mentales.

Estimulado por la vista reciente de una enferma cuyos sufrimientos de circunscripción genital decidieron á algún ginecólogo á aconsejar y practicar una histerectomía completa, después de la cual, no solamente no desaparecieron aquéllos, sino que aumentaron enormemente, sumándose á los primitivos, los correspondientes á una menopausia quirúrgica que ha agravado considerablemente el estado patológico de su mentalidad; juzgamos de una gran oportunidad dedicar al síntoma dolor un breve y conciso estudio, precisando sus variedades y puntualizando aquellos caracteres que estimamos más esenciales para finalmente establecer la conducta á seguir en la elección de procedimientos que más convengan al tratamiento del mismo.

¿Qué es el dolor? Mirado en su aspecto psicoclínico podemos definirle diciendo: que es una sensación sentimiento, cuya parte afectiva expulsa de la conciencia todos aquellos elementos que no tengan relación con el apartamiento de la causa que tal inquietud determina en la vida psicoorgánica del sujeto. Nosotros, en psicología, consideramos dos clases de dolores que se diferencian esencialmente por su régimen constituyente; el dolor sentimiento y el dolor sensación. El dolor físico es una sensación traducida así en la conciencia por causa de una excitación de uno de nuestros órganos sensoriales. La sensación manifiesta un complejo psíquico constituido por tres elementos: intensidad, cualidad y tonalidad. La primera, se refiere á la fuerza de la excitación; la segunda, es la diferente manera con que una modificación puede ejercerse en los diversos órganos sensoriales: colores, forma y extensión, para la vista; sonidos y sus distintas clases, para el oído, y así sucesivamente, y la tercera, se refiere al dolor, placer ó estado de indiferencia. La cualidad de la sensación constituye el carácter perceptivo; éste y la tonalidad de la misma, pertenecen al más alto grado de desenvolvimiento de dos fenómenos distintos; el uno, conocido con el nombre de percepción, y el otro, denominado sentimiento, que comprende la expresión primitiva del dolor, del placer ó del estado de indiferencia.

La sensación es por consecuencia el fenómeno primitivo, de donde derivan—por evolución y diferenciación—los demás fenómenos psíquicos de más elevada alcurnia. Dicha sensación, aunque aparentando un hecho simple, es en realidad un fenómeno complejo que tiene una cualidad que se desenvuelve en las diferentes formas de percepción, y una tonalidad que se desenvuelve en el sentimiento. La perceptibilidad está en relación con el mundo exterior—factor externo de la sensación—; el sentimiento no tiene en apariencia



ninguna relación con el exterior, manifestándose como un estado que no está jamás aislado, sino que va siempre unido á la cualidad de la sensación.

Con estas breves indicaciones, aclaratorias de lo que es el dolor, y en general, cómo debe comprenderse su esencia, nos será más sencillo analizar las variadas derivaciones del dolor que pudiéramos llamar fisiológico y al que hemos referido las precedentes líneas de este artículo.

En medicina mental observamos diariamente la presencia de dolores, que cualquiera que sea la causa que inmediatamente los determine, es lo cierto que presentan caracteres muy especiales, puesto que se hallan en directa relación con un estado psíquico anormal. De la importancia de éste y de sus condiciones causales especiales, se deduce el importante hecho que el elemento dolor no debe aquí aplicarse en el sentido preciso y estrecho que se considera en fisiología general normal. En ésta, el dolor aparece en condiciones bien determinadas y que obedece á leyes muy distintas de las que corresponden á otras sensaciones. En cambio, en las formas psicopáticas, dicho dolor aparece en muy diferentes circunstancias: unas veces se manifiesta sin previa lesión ni excitación orgánica, como espontáneo brote de causa exclusivamente psíquica; otras, se halla en evidente desproporción, en cuanto á intensidad y reacciones, con la irritación insignificante que á aquél ha precedido, y que más bien puede ser ella el punto ideativo de donde parte la psicogénesis del dolor: y otras, por fin, esa manifestación constituye una metamorfosis de sensaciones, que no siendo ordinariamente dolorosas, se convierten en casos especiales en motivos enervantes muy penosos que llegan á dificultar la función de un órgano y trastornar la vida misma en sus más esenciales expresiones.

Dividimos, por consiguiente, el dolor—para un estudio general—en dos clases: neuropático, propiamente dicho, y psicopático. El primero, conforme á la estructura de los tejidos y su inervación, se divide clínicamente en tres formas: periférico, plexiforme y central.

El segundo por su patogenia comprende cinco grupos ó clase: neurótico, sugestivo, alucinatorio, paranoico y cenestopático.

El dolor neurótico corresponde al que con frecuencia inusitada le encontramos en los asténicos puros ó sintomáticos. Puede definirse como un cambio subjetivo y espontáneo que se produce fuera de toda excitación objetiva y de cambios texturales apreciables á un análisis científico cualquiera. Estos dolores constituyen esencialmente las topoalgias ó algias centrales sin lesión manifiesta que les provoque y cuya causa inmediata, ni es pitiática ni tampoco consecutiva á productos anormales que interesan la existencia de los demás grupos álgicos de que sucesivamente nos ocuparemos. Dichas topoalgias abundan de ordinario en todo el dominio de la sensibilidad general superficial, é igualmente en la visceral, creando un terreno apto para el desenvolvimiento de las obsesiones fóbicas que constituyen el engranaje esencial de las psiconeurosis que dependen de

un estado mental de conflicto con conciencia de su valor, pero con la imposibilidad de anularlo por astenia de la voluntad imperativa. Dichos dolores son en general bien localizados por los enfermos, asentando ordinariamente en la cara, frente, lengua, cabeza, ojos, columna vertebral, y muy especialmente en el coxis. La intensidad de estos fenómenos dolorosos es tan variable, que si en unos casos la distracción más ligera les anula, en otros agotan por completo la función voluntaria creando una imposibilidad material de todo movimiento con incapacidad para abandonar el lecho. Dichas impresiones dolorosas son patrimonio casi exclusivo de la neurastenia y resultado de una viscosidad psíquica de estos enfermos que se hallan imposibilitados—una vez experimentado un dolor—á apartar de su conciencia esas sensaciones anómalas que crecen y se extienden con el ejercicio de su función psíquica de dominación y la parálisis volitiva consiguiente. Contrariamente al juicio de los neuropatólogos más eximios que consideran estos fenómenos como de origen subjetivo, nosotros seguimos pensando, que el elemento provocador de ellos es una obsesión fóbica que naciendo de una impresión real para la conciencia enferma, los sujetos de ésta permanecen fijos en la misma aumentando progresivamente en virtud de la objetividad plástica á que conduce el eretismo psíquico constante á que da brillante vida una emotividad exagerada de posibles y hasta reales consecuencias. Ello lo abona la inutilidad del esfuerzo sugestivo y la realidad curativa del tratamiento persuasivo que, aunque lento en su actuación, su labor constante va modificando poco á poco el carácter y las condiciones de vida de cada uno de estos enfermos.

*Algia sugestiva.*—Los enfermos de este grupo se quejan de dolores que aunque de origen psíquico como los precedentes, el mecanismo de producción es muy distinto. Si en los del anterior grupo negamos á la sugestión el papel causal de determinarles por razones á su tiempo expuestas, en el actual, la importancia de este elemento absorbe por entero la patogenia de su producción, cuyo terreno aparece formado por la constitución histérica. En esta psiconeurosis, el estado mental es fruto de la inconsciencia, y á causa de ésta, el enfermo pierde el sentimiento de la idea que se le ha sugerido y el recuerdo de las circunstancias en que la sugestión se operó, volviéndose la víctima completa de una idea que el enfermo no conoce, y por tanto, no puede juzgar. Este es el verdadero carácter de la sugestibilidad histérica, cualidad significativa y de gran importancia desde el momento que la sugestibilidad que encontramos y podemos provocar en la vida normal de cualquier ser, no presenta dicho carácter por la sencilla razón de que en estos últimos sujetos la conciencia no se halla fragmentada y asociada por grupos de vidas parcelarias, como acontece en las histéricas. Por estos hechos se ve que la palabra inconsciencia, como síntoma saliente de los fenómenos histéricos, es cuando menos insuficiente, porque no tiene otro sentido que el negativo, ó sea la de una existencia fuera de la conciencia con posibilidad de un retorno á la misma, con lo cual



nada se precisa sobre lo que pasa en dicho estado de inconsciencia, que puede ser el perfecto reposo, la inercia, la muerte ó la actividad. Cuando nosotros no pensamos ni expresamos materias de nuestro vulgar conocimiento, podemos, sin embargo, asegurar que ellas subsisten en nosotros bajo la forma inconsciente, la cual es una forma verdaderamente; no es una vida: contraste manifiesto con lo que ocurre en el histérico, cuyo inconsciente es una vida ó puede serlo. Así acontece, que cuando el histérico no puede evocar un recuerdo, éste surge en otro plano de consciencia; dichos sujetos no pueden recordar un accidente que ha impresionado hondamente el discurrir de la vida, pero en el momento en que sobreviene una crisis, dentro de ella se representan admirablemente toda la escena de lo ocurrido, reproduciéndola con una exactitud y un lujo de detalles tal, que la vida de los sentimientos se encuentra por entero adyacente á la que en otro tiempo fué panorama de su consciencia reflexiva. Este es el inconsciente relativo que existe frente á un pensamiento determinado y cuya consecuencia es, que lo que es inconsciente para mí, puede seguir siendo consciente en sí y para sí. Por esta consideración tan interesante, la idea que se tiene de lo inconsciente nos resulta insuficiente, y las otras expresiones de semiconsciencia y subconsciencia con las cuales se ha querido sustituir la primera, tampoco son suficientes porque no expresan sino una atenuación en el grado de la consciencia y no una posibilidad de vida en un plano diferente.

La histeria, por tanto, parece estar constituida por un estado mental que lleva en sí inherente una aptitud á la determinación de existencias separadas, las cuales si á veces coexisten, de ordinario alternan por su carácter independiente y porque revelan temperamentos tan diferentes y contradictorios, que su coetaneidad, aunque observable, es de una rareza inusitada.

El carácter primordial y específico de la histeria, aquél que sirve de base de desenvolvimiento de toda su historia sintomatológica y que explica perfectamente su producción, es sin duda la sugestibilidad. Desde Bernheim á Babinski, y desde Dejerine á Raymond, la inteligencia de este hecho se ha puesto bien en claro; unas con limitación de su influencia á una parte de la histeria, y los últimos, como única cualidad del poder de la psiconeurosis. En estos enfermos existe una constante influencia del medio sobre el espíritu: la mentalidad refleja el medio y realiza las ideas objetivándose, y de aquí ese polimorfismo y ese cambio de aspecto que tanto desconcierta al clínico por su variación con las épocas en que se determina y con el médico que las trata. Por esto la histeria de Charcot se reduce á manifestaciones psicoplásticas: la de Janet, á expresiones puramente psíquicas, y la de Babinski, á un puro estatismo en el que la ausencia de manifestaciones constituye su expresión negativa. Mas, de cualquier manera que se considere á estos enfermos, destaca en ellos su actitud fuertemente sugestiva, y merced á ésta, la reviviscencia de un dolor reproducido queda en el acto con la misma fuerza de actualidad y de apropiación personal que si en el momento mismo se determinase.

Por ello, el carácter más esencial de la sugestibilidad del histérico, aquel que la define en la esencia misma de su producción, es el de llegar hasta el mismo fondo de una realización completa, á un mismo tiempo sensorial y motriz. En este hecho deben fundarse los razonamientos diagnósticos para apoyar ó desecharse el origen histérico de un dolor y el tratamiento apropiado que le corresponda, porque si la influencia del clínico es en otros dolores, de que nos vamos á ocupar, deficiente ó nula, en cambio, en los de causa histérica, el ejercicio bien ordenado de una actuación inteligente por su parte, remedia y previene todos los accidentes de ese origen, que fundamentados en su particular inconsciencia, acogen con entera credulidad los cambios del ambiente, que sin control detentivo, modelan en la conciencia general del enfermo las excitaciones sensitivo-sensoriales que constantemente se determinan en el medio que circunscribe al histérico.

El diagnóstico de la naturaleza del dolor ha de basarse en gran parte sobre consideraciones especiales á cada caso. Aparte de esto, un carácter importante de los mismos es la exageración y la discordancia de las reacciones con relación á lo que debían ser, si el dolor tuviese por causa única la invocada por el enfermo.

Esa discordancia y esa exageración se manifiestan por la manera como los enfermos exteriorizan el dolor que adquiere el aspecto dramático más elevado y constitutivo de los grandes ataques histéricos. Así, por ejemplo, una de nuestras enfermas se nos quejaba amargamente de un dolor insoportable del ovario, que por accesos la sobrevenía desde hacía más de un año: nos describe su dolor con un lujo de detalles, una exageración de la mímica y una animación tal del semblante, que nos aparenta estar frente á un relato de persona ajena á tal neuralgia, pero cuya viveza de expresión revela el interés de apoyar las demandas de alivio de otro paciente, cuyos lazos de parentesco ó amistad expliquen aquellas manifestaciones de cariño: además, el histérico que relata sus sufrimientos de ese modo tan pasional, aparenta—en el calor de su exposición—olvidar el dolor mismo, y en ese momento, más que un paciente frente á su médico, parece un relator de los sufrimientos de otro. Si después de todo esto queremos pesar la veracidad de sus molestias en relación con su aparente estado orgánico, nos hallamos con que aquellas no han dejado la menor huella en el estado físico de la enferma. El peso, la coloración del semblante y la agilidad de sus movimientos representan una valoración exactamente igual á la que existía en épocas muy precedentes al cambio sensitivo de estos sujetos. Esto, por cuanto respecta á la cualidad exagerativa de la enferma, y en cuanto á su discordancia, la claridad de esta manifestación se hace ostensible, observando cómo ante cualquier movimiento que ejecute espontáneamente o al mandato, sus actitudes y toma de posturas sufren la afectación del dolor mismo, aunque no tengan la menor relación anatómica ni fisiológica con aquéllas. De este modo, la obsesión dolorosa se incluye en los actos más variados de su vida de relación, como parte integrante de la misma.



*Algia alucinatoria.*—Los dolores acusados por los enfermos afectos de esta modificación especial de la sensibilidad, reproducen cambios de las diversas sensibilidades. Dentro de estos cambios, lo patológico es la alucinación en sí misma, porque el estado que de ella deriva por provocación de la vibración nerviosa, consecuencia de aquélla, no puede ser más normal. Si la picadura en cualquier punto de la superficie cutánea es natural que determine un dolor, no lo es el que este dolor—sin causa exterior determinante—sea referido á ésta; dicha alteración del juicio, al relacionar el efecto con la causa, constituye la esencia de la alucinación en su modo de ser clínico. Lo anormal aquí es la afirmación de la existencia de un cuerpo que se ha puesto en conflicto con la superficie cutánea, y cuya evidencia ha sido la fantasía del enfermo; el dolor sentido es una apreciación representativa, cuya realidad no puede negarse. Estos dolores de origen alucinatorio se observan frecuentemente en los intoxicados de cualquier clase, en los delirantes sistematizados alucinatorios y los estados de involución mental ó demenciales. En estos diversos casos, dichos enfermos se quejan de ser martirizados interior y exteriormente por enemigos imaginarios. El tipo más puro de esta clase de algias se observa en el perseguido alucinado que constantemente habla de que se le electriza, se le pincha y se le somete á torturas inimaginables. El diagnóstico de estos dolores resulta bastante sencillo cuando radican en las sensibilidades externas, pero las dificultades acrecen cuando esas manifestaciones son de orden visceral ó profundo. Un examen somático muy minucioso se impone en estos casos, basándose, sobre todo, en los caracteres clínicos del cambio, en los que ha de preponderar la objetividad. En la alucinación verdadera sus manifestaciones se producen con caracteres de objetividad y de certidumbre absoluta; las reacciones del enfermo—en razón de la misma objetividad—son más vivas y más inmediatas; la brusquedad en la aparición y desaparición son más constantes también en la forma alucinatoria. Y, por último, uno de los signos distintivos más constantes en ésta es la amplitud ó tiempo de duración; si el dolor es constante y durable, puede afirmarse que no es de origen alucinatorio; la algia alucinatoria verdadera es siempre fugaz y cambiante; este carácter asociado á la existencia de otras alucinaciones francamente unidas á aquélla, confirmará el diagnóstico de dolores de esa índole.

*Algias paranoicas.*—La existencia de esta categoría de dolores, no creemos que ofrezca la menor discusión, aunque sean ellos determinados por interpretaciones delirantes. Precisamente el carácter de los mismos y en el que se apoyan los paranoicos para demostrar su realidad y la de las concepciones delirantes que le son concomitantes, es que en la mayoría de los casos no son verdaderos dolores de los que se trata—en el sentido psicofisiológico de la palabra dolor,—sino sensaciones que no siendo normalmente dolorosas, adquieren esta coloración por la influencia preponderante ó simultánea de un determinado cambio psíquico. Tales son los casos de introspección patológica en los que una

falsa interpretación, por parte de los enfermos, les lleva á estimar como anormales las más simples sensaciones, consideradas en sí como fisiológicas. Y así acontece que éstas lleguen á ser verdaderos dolores ante la conciencia perturbada del enfermo, modificándole en sus relaciones habituales y determinando su tortura que les imposibilita para toda comunidad de vida con sus semejantes. Porque sensación é interpretación son dos formas psicológicas, que sin confundirse van estrechamente unidas hasta el punto de invertirse, es decir, que si ante una sensación el juicio interpretativo es inmediato, éste, cuando es primitivo, determina á aquella con la misma instantaneidad, y en el preciso momento en que la interpretación aparece. Pero la interpretación supone una atención en actividad, que sin ella, cualquier sensación no haría más que resbalar en la conciencia, y esa atención fuertemente dirigida hacia cualquier parte del cuerpo, provoca en aquélla sensaciones inquietantes que se vierten en la propia patología sensacional: es el mismo juego que hemos establecido á propósito de los dolores histéricos creados por un fenómeno de autosugestión.

Pero en los enfermos que estudiamos esta autosugestión es realizada por un estado mental bien diferente del que corresponde á los histéricos, y tal cambio obedece á raigambres mucho más profundas, las cuales no podría extirpar la persuasión como acontece en aquéllos. En materia de sentimientos, el estado mental lo es todo; creer que se sufre, es tanto como estar sufriendo. Por eso una misma sensación, según el estado mental que la acompañe, puede ser agradable ó penosa, porque la interpretación que la da el enfermo es la circunstancia más fundamental para el colorido que ella ha de llevar á la conciencia.

El diagnóstico de estos dolores paranoicos puede ser extremadamente delicado en lo que respecta á su distinción con los de categoría alucinatoria, puesto que los primeros se expresan con un lenguaje alucinatorio. En virtud de esto, el análisis que debemos realizar, no solamente de los caracteres del dolor sino también de aquellos otros elementos que parezcan condicionar el cambio sensitivo, ha de ser en extremo minucioso. Los cambios alucinatorios pueden tener un punto de partida periférico ó depender de un desarreglo funcional de los centros psicosensoriales independientemente de toda excitación periférica, ó corresponder finalmente á una representación mental llevada al más extremo grado de objetivación, y en estos casos es preciso reconocer que desgraciadamente la clínica no nos da aún signos evidentes para reconocer el verdadero origen de estas modificaciones patológicas. Podemos añadir á lo anterior el hecho de que no se trata en estos casos de un síntoma objetivamente comprobable, puesto que los signos físicos del dolor estudiados experimentalmente en fisiología, no son utilizables más que para los dolores provocados, y en el caso actual sólo nos es dable conjeturarlo á través de las descripciones hechas por el mismo enfermo. Sin embargo de estas grandes dificultades, nuestra conclusión diagnóstica puede valorarse sumando á los caracteres del dolor, aquellos



otros que corresponden á la mentalidad singular que completa la constitución específica de los delirantes sistematizados.

*Algas cenestopáticas.* — Entendemos por éstas, las modificaciones agudas y circunscritas de la sensibilidad cenestésica. Estas algas pueden localizarse sobre todas ó cualquiera de nuestras sensibilidades, afectando, bien la sensibilidad cutánea en sus diferentes formas, táctil, calor, frío y dolor, ya en las especiales de vista, oído, olfato y gusto, ó en fin, en las sensibilidades profundas que implican la personalización del sujeto como final de un conjunto de sensaciones que sumadas en la conciencia—en complejo sensitivo—dan lugar á la constitución del *yo* con sus inmediatas consecuencias. La función cenestésica puede ser modificada de dos modos ó tiempos de determinación; coetáneamente á la formación embrionaria, ó de un modo accidental en las etapas sucesivas de la vida, cuando una infección, una intoxicación, ó un cambio orgánico de estructura, altera en su modo íntimo las esencias mismas de los elementos que condicionan esta sensibilidad. Cuantas sensaciones se realizan en la intimidad de nuestros tejidos, que son á un mismo tiempo variadas y múltiples, provocan en los centros subcorticales una inmensidad de reflejos coordinados que son indispensables á la adaptación continua y automática de nuestro organismo á las modificaciones que á cada instante experimenta el medio que nos rodea, dando con ello lugar á que en nuestra conciencia se produzca una noción más ó menos vaga de disposición psíquica que determine diversas reacciones afectivas. Este concepto nos parece explicar las particularidades de los dolores que experimentan los enfermos de la cenestesia. Las sensaciones que afluyen á su conciencia, no cabe duda que son perfectamente normales; lo patológico no está en ellas seguramente, sino en el colorido afectivo que las acompaña; es decir; en el sentimiento cenestésico. Este provoca un cambio en el psiquismo que turba la conciencia del enfermo, quien careciendo de toda explicación racional, trata de referirlo á las mismas sensaciones considerándolas como fuente de sus insufribles molestias. Y de aquí, la tendencia al suicidio que en algunos se manifiesta, no por génesis patológica coexistente con la anormal sensibilidad, sino por natural ofuscación frente á una imposibilidad de resistirlo.

Las vicisitudes pronósticas de estos dolores cenestopáticos, siguen una escala desigual y ascendente, pues si en unos el dolor no va acompañado de cambio mental, en otros la interpretación delirante que subsigue tiende á organizarse en un delirio masivo y perfectamente coherente, cuyas raíces se compenetrán en las fuentes mismas de la personalidad que integran el sentimiento de la individualidad psicoplástica del sujeto. Sirvanos como corroborante de esta clase de enfermos con algas cenestopáticas, el caso que exponremos sucintamente y que ha sido el motivo del presente artículo.

(Continuará.)

## Las inyecciones de leche esterilizada en Terapéutica (ocular y general) (1)

FOR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Ayudante de la Clínica Oftalmológica de la Facultad de Medicina de Madrid. Académico corresponsal y premio Salgado de la Real y Nacional de Medicina.

*Tercer grupo.—Herpes de la córnea.*

*Observación 1.ª.—Úlcera herpética (con anestesia corneal) central con ramificaciones dendríticas, córnea izquierda.*

Antonio G. L., de veintisiete años, de Félix, se presentó á someterse á nuestros cuidados el día 24 de Julio de 1918, padeciendo esta afección que databa de doce días y que había aparecido con motivo de una afección febril que había sufrido (gripe de forma epidémica).

*Tratamiento.*—Localmente atropina y azul de metileno. Como tratamiento general, 2 c. c. de leche esterilizada profundamente en la región glútea, en el mismo día. Día 25: bastante mejoría, la úlcera está cubierta de epitelio en sus bordes. Día 26: segunda inyección de leche en la misma cantidad y región. Día 27: el revestimiento epitelial avanza. Días 28 y 30 de Julio: tercera y cuarta inyección, respectivamente. La cicatrización de la úlcera continúa de un modo progresivo y sin el menor retroceso. El día 14 de Agosto se le da de alta por curación, sin haber quedado la menor cicatriz.

*Observación 2.ª.—Úlcera superficial, pero muy extensa, de la córnea, de contornos policíclicos, consecutiva á la rotura de vesículas de herpes, con extraordinarios síntomas reaccionales y dolorosos y anestesia corneal.*

José A. I., de veinticuatro años, pastor, de Velefique, se presentó á consultarnos el día 20 de Octubre de 1918, diciéndonos que su afección ocular databa de varios días y que tenía fuertísimos dolores en toda la mitad izquierda de la cabeza. Reconocido, encontramos fotofobia y lagrimeo abundante, fuerte inyección periquerática, extensa y superficial úlcera de la córnea con los caracteres descritos y sin infiltración ni de los bordes ni del fondo, anestesia en el sitio ulcerado, miosis acentuadísima, iris infiltrado, humor acuoso turbio y ojo sin visión. No existen vesículas cutáneas.

*Antecedentes.*—Este sujeto es muy desaseado, desconociendo en absoluto la Higiene, y no nos suministra datos patológicos sobre qué fundar la etiología, si bien él es de pobre constitución.

*Tratamiento.*—Le practicamos la primera cura á base de atropina, azul de metileno y de fomentación caliente y nos sorprende que el sujeto pretenda marchar á su domicilio, porque dice no tiene nada dispuesto para permanecer en la capital, pero le hacemos desistir y nada le prescribimos creyendo que ha hecho caso de nuestros consejos. Por la tarde recibimos un aviso del paciente en el que nos decía que se marchaba á su casa para volver en seguida.

(1) Véase el número anterior.



Pasó una semana, y al cabo de este tiempo se presenta de nuevo, pero ya en un estado verdaderamente lamentable; padece de dolores insufribles y el ojo ha empeorado extraordinariamente; la úlcera se ha infectado, los bordes y el fondo están infiltrados de pus, que además invade la cámara anterior (hipopión) en una altura de 2 milímetros, siendo imposible reconocer el estado de la pupila.

En el mismo día cura local dos veces al día á base de clorhidrato de quinina al 1 por 100 en colirio y de dionina, atropina y xeroformo, en pomada, é instilaciones cada dos horas de atropina é inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio en días alternos.

En los días siguientes nada de mejoría, prescribiéndosele seis sanguijuelas á la sien, que producen algún alivio. Se suspenden las inyecciones de cianuro (se le pusieron tres) y se substituyen por las de leche esterilizada en inyección subcutánea en la región interescapular en días alternos y en dosis de 3 c. c. las primeras y de 2 c. c. las restantes.

Desde la primera, alivio manifiesto, los dolores disminuyen, los bordes y fondo de la úlcera se limpian, el hipopión desaparece y se observa la pupila puntiforme que no reacciona á las fuertes dosis de atropina que se utilizan.

A la cuarta inyección la úlcera ha cicatrizado, si bien aún está infiltrada en su centro, la pupila se dilata en un tercio de diámetro corneal por la mitad externa (donde no existió la úlcera que era de predominio nasal); la inyección periquerática ha disminuido considerablemente y los dolores apenas si son perceptibles á la madrugada (lejos de las curas).

Se continúa con el mismo tratamiento general y local, y á la octava inyección de leche la córnea está perfectamente transparente, la pupila se dilata casi al máximo por la porción temporal (hay adherencias á la cristaloides por la mitad nasal), no existe ni fotofobia ni lagrimeo y la visión es de dedos á 5 metros.

Alta por curación el día 10 de Diciembre de 1918.

\*\*\*

*Cuarto grupo. — Queratitis parenquimatosa.*

*Observación 1.ª. — Queratitis parenquimatosa ojo izquierdo de origen indeterminado, probablemente consecutiva á la gripe.*

Dolores A. D., de doce años, de Huércal-Overa, fué presentada por su papá, farmacéutico de dicha población, el día 6 de Julio de 1918.

*Antecedentes.* — No hay ningún antecedente patológico por parte de la familia, excepción hecha de su madre, que es reumática. En cuanto á la paciente, tiene una magnífica salud y constitución; no habiendo estado nunca enferma hasta el día 10 de Junio anterior que padeció la gripe (epidemia reinante entonces en toda España) con manifestaciones respiratorias al principio y gastrointestinales al final. Estuvo enferma hasta el 20 del mismo mes (diez días) y fué entonces, al comenzar la convalecencia cuando se presentaron los primeros trastornos oculares (ligero lagrimeo y visión turbia).

*Estado actual.* — Infiltración extensa y profunda de la córnea izquierda, dejando transparente un pequeño rodete de córnea, sin existir vasos sanguíneos en su espesor. Esta infiltración vista á la luz oblicua y con la lupa binocular estereoscópica tiene un aspecto granuloso, de color grisáceo, en un todo idéntico al presentado en la queratitis intersticial heredo específica. No existe ningún otro síntoma ocular, ni de los anejos y con visión = dedos á 2 metros con el ojo enfermo (en el ojo sano es igual á 1).

Día 6 de Julio de 1918: primera inyección de leche de cabra esterilizada de 1  $\frac{1}{2}$  c. c., subcutáneamente en la región interescapular. Por la tarde hay una ligera reacción febril, no le ha dolido la inyección, en cambio la agudeza visual ha mejorado, llegando á ser de  $\frac{1}{8}$  y la córnea se ha transparentado totalmente, en una media luna en la parte interna, dejando ver la pupila por este sitio y un poco por la inferior y superior, quedando infiltrada la córnea por la mitad externa, pero con la particularidad de que está muy disgregado y de menor espesor el exudado intracorneal; pudiéndose ya iluminar el fondo del ojo.

Día 7 de Julio: continúa en igual estado. Día 8: segunda inyección de leche de 2 c. c. en la misma región. Día 9: visión =  $\frac{1}{4}$ , la infiltración está más limitada y transparente. Día 10: tercera inyección de 2 centímetros cúbicos en igual sitio. Día 11: agudeza visual =  $\frac{1}{5}$ , la infiltración de la córnea está disgregada presentándose ya sana en muchos puntos y con perfecta transparencia.

Día 12 de Julio: cuarta inyección de leche en la misma dosis y lugar. Día 13: visión =  $\frac{1}{2}$ ; la infiltración está extraordinariamente disminuida y sólo es visible con la lente y para ayudar á su reabsorción se emplea por vez primera tratamiento local; pomada de óxido amarillo de mercurio al 2 por 100. Día 14 de Julio: quinta inyección de leche en la misma dosis y región; al día siguiente la mejoría es menos aparente que con las cuatro primeras inyecciones. Día 16 de Julio: sexta inyección también como las anteriores de 2 c. c. Día 17: la visión sigue =  $\frac{1}{2}$ ; la infiltración corneal apenas si es visible con la luz oblicua y queda reducida á un pequeño punto en el centro de la córnea y la pupila se ve perfectamente en toda su extensión. Atendiendo indicaciones de su padre se le dá de alta por curación, para ella continuar haciendo uso en su domicilio de duchas de vapor y de óxido amarillo de mercurio hasta la desaparición total del resto del exudado intersticial. Con frecuencia hemos sabido de esta enfermita y no ha vuelto á recidivar la afección.

*Observación 2.ª (incompleta). — Queratitis parenquimatosa antigua de ambos ojos, con visión = dedos 3 metros, de origen linfático.*

Domingo M. G. de veintiséis años, de Purchena, ingresa en la clínica del hospital el día 18 de Julio de 1918.

*Tratamiento.* — Al día siguiente, 2 c. c. de leche esterilizada en inyección intramuscular. Por la tarde, fuerte reacción febril, 39°,4. Al día siguiente las córneas están más transparentes y la visión ha mejorado. Día 22.



de Julio: segunda inyección en la misma dosis y región (glútea). Día 23: las córneas están casi totalmente transparentes en toda su extensión y el sujeto creyéndose curado pide se le dé de alta; no pudiendo convencerle de lo contrario.

*Observación 3.<sup>a</sup> — Infiltración parenquimatosa de ambas córneas postgranulosa y en sujeto linfático.*

Pedro F. G., de cincuenta años, de Lorca, ingresó en el hospital el 15 de Junio de 1918, padeciendo un tracoma crónico y grave con pannus carnosos en ambos ojos.

Día 22 de Agosto: curación del tracoma y del pannus, quedando una infiltración profunda de ambas córneas constituida por un punteado grisáceo. Tratamiento de la infiltración intersticial: primera inyección de leche de 2 c. c. profundamente en la región glútea. Al día siguiente la infiltración está más disgregada y la visión ha aumentado. Día 26: segunda inyección de leche en la misma región y dosis. Al día siguiente las córneas están casi totalmente transparentes y la agudeza visual es de  $\frac{1}{10}$ . El sujeto presenta un astigmatismo irregular imposible entonces de corregir y se le da de alta por curación.

*Observación 4.<sup>a</sup> — Queratitis intersticial, con iritis y sin visión, ojo izquierdo.*

Francisco O. R., de cuarenta y dos años, de Guadix, se presentó a consultarnos el día 26 de Agosto de 1918, acusando fuertes dolores en su ojo izquierdo, cuya afección databa de tres meses.

En el mismo día, cura local á base de atropina y primera inyección de leche de 2 c. c. profundamente en la región glútea. Al día siguiente, mejoría notabilísima; los dolores han desaparecido y el enfermo distingue los dedos á 10 centímetros. Día 28 de Julio: segunda inyección en la misma región y dosis. Día 29: el edema del párpado superior ha desaparecido y la visión es de dedos á un metro, los dolores no han vuelto. Día 31 de Agosto: tercera inyección de leche. Días 2, 4, 6, 8 y 10 de Septiembre: cuarta, quinta, sexta, séptima y octava inyección de leche, todas de 2 c. c.; observándose la transparencia de la córnea, la curación de la iritis y el aumento de la agudeza visual de un modo progresivamente satisfactorio.

Alta por curación, con agudeza visual normal y perfecta transparencia de la córnea, el día 14 de Septiembre de 1918.

*Observación 5.<sup>a</sup> — Queratitis intersticial específica del ojo izquierdo, despertada con ocasión de una conjuntivitis.*

Manuel D. M., de cuarenta y nueve años, maestro de obras, de Almería, se presentó a consultarnos el día 8 de Septiembre de 1918.

*Antecedentes.*—Hace un año tuvo un chanero duro y manifestaciones mucosas y cutáneas del período secundario; sin embargo, se le hizo reacción de Wassermann que resultó francamente positiva y le trataron con las dosis de 15, 30, 45 y 60 centigramos de novarsenobenzol y seis inyecciones de aceite gris, no volviendo á hacer más tratamiento.

Hace dos meses le cayó polvo de las obras de albañilería que dirige, en el ojo izquierdo y tuvo una reacción catarral del mismo, acompañada de algunos dolo-

res. Vió á un especialista, quien comenzó á tratarle, pero la afección en vez de mejorar fué empeorando progresivamente, á la vez que disminuía la visión, por cuyo motivo consultó con un segundo, con el que tampoco obtuvo resultado; decidiendo entonces acudir á nosotros.

*Estado actual.*—Intensa fotofobia, lagrimeo y fuerte inyección periquerática. La córnea está infiltrada profundamente en toda su extensión, con los caracteres típicos de la queratitis intersticial; presentando una vascularización de vasos paralelos. No existe pérdida epitelial en ningún sitio de la superficie. La pupila está fuertemente contraída y la visión es casi nula. (Este ojo padece una ambliopía ex anopsia por fuerte estrabismo convergente.) El paciente se queja de dolores nocturnos perioculares.

*Tratamiento.*—Dos curas diarias á base de atropina, dionina y óxido amarillo de mercurio y medicación láctea.

En el mismo día, primera inyección de 2 c. c. de leche esterilizada subcutáneamente en la región subcapular. Al día siguiente está mejor. Los dolores han desaparecido y la infiltración corneal está más limitada y disgregada; sin embargo, se le pone la segunda inyección de leche de 3 c. c. Por la tarde 38° 6, pero la fotofobia es menor, la pupila está casi totalmente dilatada. Día 11 de Septiembre: tercera inyección láctea de 2  $\frac{1}{2}$  c. c. Día 12: la infiltración de la córnea ha desaparecido en la mayor parte y los síntomas reaccionales han desaparecido totalmente. Día 13: cuarta inyección de 3 c. c. Por la tarde reacción febril y tendencia al sueño; al día siguiente la infiltración ha desaparecido casi totalmente, queda como un pequeñísimo nefe-lion (pero profundo) puntiforme y difícilmente perceptible. La pupila totalmente dilatada y la visión la habitual de este ojo, desviado y ambliópico.

Día 16: quinta inyección de 1  $\frac{1}{2}$  c. c. en la misma región.

Día 22: sexta inyección, en la misma cantidad y sitio, de leche esterilizada para completar la reabsorción del pequeñísimo resto de exudado intersticial. Día 24: séptima inyección, de 2 c. c.

Día 30: alta por curación, sin quedar vestigios de su queratitis.

Después recomendamos al paciente continuar con el tratamiento antisifítico habitual.

\*\*\*

*Quinto grupo. — Afecciones diversas de la córnea.*

*Observación 1.<sup>a</sup> — Úlcera central y extensa de la córnea izquierda, consecutiva á una oftalmía diftérica doble.*

Dolores L. P., de seis meses, de Tabernas, es presentada por su madre en nuestra consulta el día 30 de Junio de 1918, sufriendo una conjuntivitis diftérica en ambos ojos. En el mismo día, 10 c. c. de suero antidiftérico (1) en inyección subcutánea, dosis que se repite los días 1 y 2 de Julio, poniéndole en suma

(1) Localmente ninguna medicación.



30 c. c. Día 3 de Julio: abundante exudación de magma gangrenoso por eliminación de las escaras diftéricas de la conjuntiva y borde ciliar, infiltración lechosa de la córnea izquierda. Entonces se hacen lavados extensos isotónicos a las lágrimas, se instila clorhidrato de quinina que no da resultado, y en vista de ello se hacen instilaciones cada tres horas de sublimado al 1 por 1.000, que tampoco surten efecto.

Día 8 de Julio: existe una ulceración central extensa é infiltración purulenta profunda de la córnea izquierda. Se le pone la primera inyección de leche esterilizada profundamente en la región glútea, de 1 centímetro cúbico. Día 9 de Julio: han mejorado grandemente el absceso purulento y las úlceras cutáneas diftéricas existentes en los cuatro párpados. Día 10 de Julio: segunda inyección de leche de 1 c. c. en la misma región. Día 11: casi curación de la úlcera de la córnea, abre muy bien el ojo izquierdo, curación total de las úlceras cutáneas. Día 12 de Julio: tercera inyección de leche de  $\frac{1}{2}$  c. c.; curación de la lesión corneal. Día 13 de Julio de 1918: alta por curación, habiendo quedado una pequeña infiltración paracentral interna de la córnea.

*Observación 2.<sup>a</sup>.—Infiltración purulenta de ambas córneas, consecutiva á conjuntivitis de estreptococos.*

Juana L. R., de tres años de edad, de Almería, es presentada por su madre en nuestra consulta el día 25 de Septiembre de 1918, padeciendo una intensísima conjuntivitis de pseudomembranas, en las que el laboratorio denuncia el estreptococo, con párpados fuertemente infiltrados y violáceos, infartos ganglionares, fiebre, superior siempre á 39°, piel seca y gravísimo estado general.

(Continuará.)

### Estado actual de la doctrina de las secreciones internas <sup>(1)</sup>

DISCURSO DE RECEPCIÓN, LEÍDO EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

por el

DR. D. GREGORIO MARAÑÓN Y POSADILLO

Y CONTESTACIÓN

DEL

DR. D. GUSTAVO PITTALUGA

Por otra parte, las razones esgrimidas contra esta hipótesis son algo menos rigurosas que las que acabamos de aducir en su favor. «Puesto que los extractos de hipófisis del buey y del toro—dicen en resumen Camus y Roussy (2)—poseen también la propiedad de contraer el útero, ¿á qué conclusión se llegaría, siguiendo este camino, respecto á la función de la hipófisis en el buey ó en el toro?» Y pensamos nosotros en cómo un prejuicio puede velar á veces las más claras miradas; porque no parece sino que la acción que la pituitrina ejerce en el momento del parto sea debida á algún mecanismo específico, ligado necesariamente con alguna función ex-

clusiva del organismo femenino. Ciertamente no es así, pura y simplemente se trata de la contracción de la fibra muscular lisa; y aunque el buey y el toro no tienen útero, tienen en su sistema visceral muchas fibras musculares lisas sobre las que ha de ejercer su acción la secreción interna hipofisaria. Y por esto tienen hipófisis, como la vaca. Además, en este punto de la investigación hay una laguna importante que nosotros hemos intentado llenar, sin conseguirlo, por falta de material adecuado: me refiero á la determinación del poder del extracto hipofisario sobre la contracción uterina, según la etapa de la preñez en que se encuentre el animal que suministra el órgano empleado para la fabricación de dicho extracto. Tal vez pudiera comprobarse de este modo que la actividad de la glándula pituitaria, desde este punto de vista, varía en cada momento del embarazo, y también, según la edad, el estado de virginidad ó no del animal, etcétera. Kleeman, por de pronto, ha visto que las hipófisis de los animales gravídicos no actúan sobre la fibra lisa de los vasos del mismo modo que los extractos procedentes de órganos de animales no gravídicos, pudiendo en ocasiones la vasoconstricción habitual convertirse en vasodilatación. Tampoco tiene valor el argumento de Fiessinger, comentado con trucción por Gley, respecto á que para lograr un efecto terapéutico, en el caso concreto de la excitación uterina por el extracto hipofisario, se necesita disponer por lo menos de un par de hipófisis de buey, es decir, de una masa de tejido hipofisario muy superior á la que constituye la hipófisis humana. ¡Esto sí que es equiparar la fina y compleja acción espontánea de las hormonas en el organismo vivo á los efectos brutales que el experimentador y el terapeuta remedian con los extractos, toscamente elaborados, de los órganos! ¿Con qué criterio fisiológico puede medirse la actividad fisiológica de un órgano en un momento dado de la vida, por su peso después de la muerte? El mismo Gley, con Quinquaud, expone, sin quererlo, la mejor prueba de lo inaceptable de este criterio al citar la secreción interna del tiroides: para lograr un resultado terapéutico con el extracto de esta glándula se necesita también, en efecto, como para la hipófisis, una cantidad de tejido tiroideo equivalente al peso de dos ó tres de estos órganos; y, sin embargo, nadie puede dudar que el pequeño tiroides de cada animal basta para evitar fisiológicamente todos los accidentes para cuya curación se precisarían tan gran número de comprimidos de tiroidina. Y no es esto sólo: en muchos casos es evidente que sin que aumente sensiblemente de tamaño y de peso la glándula tiroidea, ésta puede aumentar de tal modo su capacidad funcional, su actividad fisiológica, que llega á producir en el organismo intoxicaciones profundas—los estados basedowianos—que, terapéuticamente, sólo podrían reproducirse merced á dosis formidables del extracto glandular.

En resumen, el suponer que la hipófisis interviene en el trabajo fisiológico del parto es una sospecha absolutamente científica, aunque las pruebas en que se funda—y por ello es sólo una sospecha—sean meras inducciones indirectas. Pero inducciones no contradichas por ningún argumento experimental ni por ninguna razón teórica medianamente importante.

Las que hemos llamado *funciones sexuales secundarias* están también, para nosotros, dentro de su complejidad, influidas directamente por las fluctuaciones de la secreción interna genital. Pero la demostración de este enunciado nos llevaría muy lejos de los límites de este discurso, en el que queremos limitarnos tan sólo á aquellos hechos ligados á una rigurosa demostración experimental ó clínica.

Ya hemos dicho que, al lado del papel primario de la secreción interna genital, otras glándulas endocrinas influyen

(1) Véase el número anterior.

(2) Camus et Roussy, *Diabète insipide et polyurie dite hypophysaire*. Press. Méd., pág. 514, 1914.



también, somática y funcionalmente, en la esfera sexual. Las más importantes á este respecto son: *la hipofisis*, cuyos estados de hiperfunción (acromegalia) van casi siempre acompañados de exageración de los caracteres sexuales secundarios, y cuyas lesiones hipofuncionales (síndrome de Fröhlich, extirpación experimental de la glándula) inhiben con absoluta constancia el desarrollo sexual; *el tiroides*, cuya insuficiencia en los estados prepuberales da lugar á una parada completa de dicho desarrollo (mixedema infantil, infantilismo hipotiroideo); y, por fin, *las suprarrenales*, de las que ya hemos dicho la relación que une á la hiperplasia de su corteza, ciertas manifestaciones de inversión sexual. También hemos anotado la coincidencia del desarrollo sexual con la regresión del timo y de la epífisis.

d) De la *conexión que existe entre el sistema nervioso y el sistema endocrino*, desde el punto de vista fisiológico, queremos añadir algunos comentarios á los ya expuestos páginas atrás. Es incalculable la literatura acumulada en los últimos años sobre este asunto: puede decirse que en las revistas de neurología de todos los países no aparece un solo número sin su correspondiente contribución neuroendocrina, y no hay neurólogo de talla que no haya aportado su esfuerzo personal á esta contribución: citemos sólo los nombres de Charcot, Pierre Marie, Dejerine, Babinski, Cushing-Kraepelin, Mendel, Parhon, etc., entre los extranjeros, y los de Achúcarro, Barraquer, Fernández Sanz, Lafora, Juarros, Sacristán, Sanchis Banús, etc., entre los nuestros. En realidad, puede afirmarse que las más importantes aportaciones clínicas al estudio de la endocrinología han salido de los servicios neurológicos: tales las descripciones de la enfermedad de Basedow del mixedema, de la acromegalia, del síndrome adiposo-genital, de la tetania, de los síndromes epifisarios, de los trastornos pluriglandulares, etc.

Los hechos indiscutibles que establecen la conexión entre la acción nerviosa y las acciones humorales son los siguientes:

1.º En primer término recordaremos la *influencia indudable que la función tiroidea ejerce sobre la vida psíquica del individuo*. Son bien conocidos en la clínica tanto el estado de torpidez mental é indiferencia afectiva de los hipotiroideos, como la exaltación é inestabilidad en la ideación y en la emotividad que caracteriza á los enfermos con excesiva función tiroidea. Clásicas y muy expresivas son las imágenes de Charcot comparando el estado mental hipotiroideo con el de los animales invernantes, y la de Moebius equiparando la voluble excitación psíquica de los basedowianos con el primer período de una borrachera. En casos avanzados, estos estados mentales se convierten en psicosis profundas: en el idiotismo de los niños mixedematosos, en las psicosis de tipo generalmente maniaco-depresivo de los hipertiroideos graves. Estos estados mentales dependen directamente de la secreción interna, como lo demuestra su curación total por opoterapia tiroidea, en el primer caso, y por la medicación antitiroidea ó la intervención quirúrgica, en el segundo. En cuanto al mecanismo de esta relación, se ignora por completo; desde luego, la hipótesis, que corre aún en muchos libros modernos, de que el tiroides actúe como regulador de la circulación cerebral es inadmisibile, ya que las psicosis tiroideas tienen una personalidad clínica bien distinta de aquellas alteraciones mentales que pueden ser atribuidas á simples perturbaciones circulatorias.

Todos los demás trastornos nerviosos y psicopáticos relacionados con lesiones de las glándulas de secreción interna han de ser, por el contrario, considerados como síntomas indirectos de estas lesiones. Es evidente, por ejemplo, que las características psíquicas de cada sexo, bien estudiadas hoy por

los psicólogos y psiquiatras, y que nosotros hemos considerado como «funciones sexuales secundarias», dependen, en último término, de la secreción interna genital; y lo prueba el que esas características se atenúan ó se borran en los períodos prepuberal y postclimaterico, acentuándose, en cambio, durante los años de la madurez sexual; lo prueba también el que cuando los órganos genitales alcanzan un desarrollo somero, los rasgos psíquicos de la sexualidad correspondiente son también poco vigorosos. En el terreno experimental y en la clínica humana ya hemos dicho que cuando sobrevienen estados morfológicos de pseudohermafroditismo, la psicología sufre una transformación bisexual análoga. En este sentido cabe admitir *estados seminormales*—caracteres, temperamentos—y estados patológicos—psicosis—debidos á la disminución ó á la exageración puras de la secreción interna genital; serían ejemplo característico de esto ciertos trastornos psíquicos ó verdaderas psicopatías ligadas á la pubertad y á la menopausia. Mas, por lo menos en la inmensa mayoría de estas psicosis coincidentes con las crisis sexuales, hemos de presuponer, como ya en otro lugar hemos expuesto (1), la existencia de estados predisponentes del sistema nervioso, constitucionales ó adquiridos. Nosotros hemos podido comprobar, en efecto, que las jóvenes púberes, las mujeres embarazadas y las menopáusicas, cuando sufren las neuropatías ó psicosis propias de dichos estados presentan, casi siempre, antecedentes degenerativos graves del sistema nervioso.

Las alteraciones psíquicas descritas en casos de *acromegalia* ó de *insuficiencia hipofisaria* tampoco ofrecen según nuestra experiencia, una especificidad clínica que las haga dignas del nombre de «mentalidad hipofisaria» que las ha dado Frankl-Hochwart. Parecen más bien estas alteraciones dependientes de la tumoración de la glándula; equiparables, por lo tanto, á los trastornos mentales que á veces presentan los enfermos con tumores encefálicos, sea cualquiera su topografía. Hay, además, que tener en cuenta que la mayor parte de estos enfermos hipofisarios padecen á la vez de infantilismo genital, el cual imprime su carácter á la mentalidad; y que otros padecen cefaleas, ataques epileptoides, ceguera y otros trastornos focales que, á su vez, influyen, y por mecanismo ciertamente no humoral, en la psicología del enfermo.

Lo mismo podemos decir de los síntomas mentales descritos en los casos de *tumores de la glándula pineal ó epifisaria*; de la lectura de estas descripciones no se deduce ningún trastorno psíquico determinado, y con ella está acorde nuestra propia experiencia, pues ni en dos casos de tumoración epifisaria que hemos observado había el menor trastorno psíquico, ni tampoco hemos comprobado la menor influencia de la opoterapia epifisaria sobre el estado mental de los niños retrasados, como suponían Dana y Berkeley y Leopold Levi.

No podemos discutir aquí la relación que gran número de autores modernos pretenden establecer entre *varias neuropatías y psicosis*—como la neurastenia, el histerismo, la epilepsia, la demencia precoz, etc.—y lesiones endocrinas diversas, ya que se trata de hipótesis aún indemostradas ó sólo entrevistas con una vaguedad que, por otra parte, es común á la mayor parte de los asuntos de patogenia psiquiátrica.

2.º El segundo argumento á que nos referimos es la *influencia de la secreción interna de las glándulas paratiroideas sobre la excitabilidad de los músculos*, tanto voluntarios como del sistema vegetativo. Es, en verdad, un hecho defi-

(1) Marañón, *La edad crítica*, Madrid. 1919.



nitivamente adquirido que cuando á un animal—ó al hombre durante las operaciones incorrectas en la región tiroidea—se le extirpan estos pequeños corpúsculos, se desarrolla un estado de hiperexcitabilidad muscular que clínicamente se traduce por una *tetania típica* á veces tan intensa que acarrea la muerte. Las extensiones que de este hecho se han querido hacer á la patología del sistema nervioso son discutibles, y algunas han sido refutadas por nosotros, como la de suponer un origen paratiroideo á la enfermedad de Parkinson. *Pero el hecho de que hay una hormona que normalmente modera la excitabilidad neuromuscular es indudable.* El mecanismo de este interesante fenómeno, aun no bien dilucidado, parece relacionarse con una perturbación del metabolismo cálcico; la secreción paratiroidea modera la eliminación cálcica, y su falta, por lo tanto, exagera esta eliminación, dejando á la neurona exhausta de este freno fisiológico de su excitabilidad. Otros autores suponen que el papel de los paratiroides en el organismo normal consistiría en neutralizar ciertos venenos de origen metabólico dotados de poder neuroexcitante, como, por ejemplo, la  $\beta$  imidazolathylamina, cuya inyección produce efectos semejantes á los de la tetania; y acaso las perturbaciones del metabolismo cálcico no sean un proceso ajeno á esta defensa contra los venenos de pro genie albuminoidea. No podemos entrar aquí en el terreno hipotético á que estas consideraciones nos llevarían.

3.º Pero la relación de los sistemas endocrino y nervioso es, singularmente, *patente en lo que atañe al sistema visceral.* Es bien conocida sobre todo la *interacción recíproca de la adrenalina y el sistema nervioso simpático*: la adrenalina excita las terminaciones musculares de los nervios simpáticos de un modo constante y exquisito, por lo que parece fuera de toda discusión que esta hormona contribuye al mantenimiento fisiológico de la tonacidad simpática; y el simpático, á su vez, actúa sobre las glándulas suprarrenales, excitando la secreción de adrenalina. Fórmase, pues, de esta manera una cadena sin fin de excitaciones, cuyos eslabones son, alternativamente, químicos y nerviosos. Tampoco es preciso insistir sobre el hecho de la *excitación de territorio del sistema vegetativo por la secreción tiroidea*. No se trata en este caso, como en el de la adrenalina, de una afinidad fija de estas hormonas por un determinado territorio nervioso: la increción tiroidea actúa de modo más difuso y más inconstante, ya preferentemente sobre los tramos del sistema simpático, ya sobre los del autónomo ó parasimpático, ya sobre ambos á la vez. En general, los troncos más constantemente sensibles á la excitación tiroidea son los nervios cardíaco, ocular, los vasodilatadores y los sudoríparos, del territorio simpático; y del territorio parasimpático, el elevador del párpado superior y los ramos que se distribuyen por el tubo digestivo. A su vez, la excitación de los nervios simpáticos cervicales produce un aumento de la secreción tiroidea, como Cannon y otros han demostrado; y quizá también la excitación de los ramos originados en el vago que, á través del laríngeo superior é inferior, van á perderse á esta glándula, tienen aptitud excitante de su función secretora. La *glándula hipofisaria parece actuar principalmente sobre la porción pélvica del sistema simpático* y también sobre el territorio parasimpático. Y ya de un modo menos completo se sabe que las demás secreciones internas ejercen una influencia análoga en uno ú otro sentido y sobre unos ú otros tramos del sistema visceral.

Hemos de advertir que toda esta acción recíproca endocrino-vegetativa no se ejerce sólo á través de las porciones periféricas del sistema, sino también en los territorios vegetativos centrales, encefálicos; por ejemplo, parece actual-

mente seguro, sobre todo después de los trabajos de Negrin y sus colaboradores, que la excitación del *centro glucosúrico del cuarto ventrículo* actúa, á lo largo del sistema simpático, sobre la secreción interna de las suprarrenales, y mediante la hipersecreción de adrenalina que sigue á esta actuación, determina la clásica «glucosuria bulbar». También es probable, según la hipótesis que Pende y nosotros hemos sostenido, que la secreción interna de la hipófisis actúe sobre la diuresis excitando ó moderando el *centro poliúrico*, que, según Aschner y Houssay, existe vecino á la glándula, en la base del encéfalo.

Es este problema de la colaboración del sistema nervioso vegetativo y del sistema endocrino uno de los que con mayor vehemencia atraen la atención de los investigadores actuales. En realidad, sólo conocemos bien unos pocos datos—los expuestos,—y con este fragmento de la verdad se ha tratado de reconstruir la totalidad del complicado proceso. Eppinger y Hess en su famosa monografía (1) supusieron que el sistema nervioso simpático y el parasimpático ó autónomo formaban dos grupos funcionalmente opuestos y que á cada uno correspondía un grupo de hormonas excitantes, representadas, en primera línea, por la adrenalina, como estimulante del simpático, y por una hipotética *autonómina* (que algunos autores, y entre ellos Novoa Santos (2), han pretendido localizar en los órganos linfáticos), que sería —antagonista de la adrenalina—el excitante del sistema autónomo. La experiencia clínica demostró bien pronto que no existía esa pretendida oposición funcional entre ambos sistemas (salvo determinados casos como la inervación del iris, del corazón, etc.), y que las cosas debían ser mucho más complejas de lo que este esquema hacía pensar (3). *Probablemente, en cada individuo la constitución del sistema nervioso general y vegetativo marca un modo peculiar de reaccionar ante los estímulos, endocrinos ó no, siendo, en general, excitable ó hipoexcitable, de una manera global, todo el sistema vegetativo, sin esas diferenciaciones en cada uno de sus tramos, ni mucho menos oposición entre ellos. Lo indudable es que existe esa mutua influencia entre ambos sistemas, y sobre ello queremos fijar la atención.* Y añadamos que, de todos modos, hay que hacer justicia á Eppinger y Hess, cuyo primitivo esquema, tan criticado ahora, tuvo la virtud de prescribir de un modo simple á los médicos un asunto que hasta entonces era de los más confusos de la patología; en realidad, de él han partido casi todos los trabajos que en estos últimos años han logrado precisar bastante la función de este sistema. Ha sido, en suma, una «hipótesis de trabajo»

(1) Eppinger und Hess, *Die Vagotonie*, Noorden's Samm., Berlín. 1910.

(2) Novoa Santos, *Sistema linfático y sistema nervioso vegetativo*, Santiago, 1919.

(3) Creo que fuimos nosotros de los primeros que, después de investigar en gran número de enfermos el modo de reacción ante los fármacos simpaticotropos y autonomotropos (adrenalina, pilocarpina, atropina, etc.), hemos llamado la atención sobre la falsa simplicidad de este esquema (Marañón, *Los sistemas nerviosos de la vida vegetativa en clínica*, Revista Clínica de Madrid, 1911). Actualmente hay, sin embargo, autores que insisten en la esquematización de ambos sistemas neuroendocrinos, si bien no considerándolos ya como terminantemente opuestos; tal, por ejemplo, Pottenger (*The Special services rendered to the human organism by the sympathetic and parasympathetic systems*, Endocrinology, March, 1921). Para Pottenger, las glándulas simpaticotropas serían las suprarrenales, el tiroides, la hipófisis y las genitales, las cuales actuarían defendiendo al organismo contra la infección, el dolor, la cólera, el calor, el frío, la asfixia y el shock; las glándulas parasimpaticotropas serían las paratiroides, el páncreas y las glándulas duodenales que elabora la secretina, siendo su misión regular el apetite, las secreciones digestivas y los movimientos de la musculatura visceral del aparato digestivo.



que los hechos han rectificado, que ya no sirve, pero que sirvió, y que por ello merece respeto.

4.º Sobre un punto muy sugestivo de las relaciones neuro-humorales nos queremos detener ahora: *el referente á la intervención de las reacciones endocrinas en la génesis de la emoción normal y patológica*. Últimamente me he ocupado con insistencia de esta cuestión (1), y aunque se trata de problemas que todavía no pueden incluirse en la catalogación de hechos definitivamente establecidos que venimos haciendo, no quiero pasar éste por alto, ya que, á mi juicio, se trata de una de las más interesantes perspectivas á que nos han conducido los estudios endocrinos. Es indudable que la emoción pertenece al grupo de las manifestaciones fisiológicas consideradas hasta hace algún tiempo como de mecanismo puramente nervioso, pero que, en realidad, responden á un mecanismo mixto, nervioso y humoral. Creemos que, en efecto, no puede hablarse de emoción sin suponer una modificación vegetativa, una alteración somática que se superpone al acto intelectual puro; una idea, un recuerdo, la representación mental de una imagen sensorial, etc., no se convierten en emociones hasta que al fenómeno cerebral se añaden los cambios vegetativos (el escalofrío, la palpitación, la angustia precordial, la carne de gallina, el temblor, etcétera). Sólo cuando el individuo se percibe de estas alteraciones que ocurren en su organismo, tiene la conciencia de estar emocionado. Ahora bien: estas modificaciones vegetativas, esenciales para la producción del acto emotivo, son reguladas, como toda manifestación visceral, por un mecanismo mixto, neuro-humoral, como acabamos de decir.

La observación clínica nos confirma esto con multitud de hechos proporcionados principalmente por la enfermedad de Basedow: este proceso, en efecto, comienza gran número de veces después de una emoción violenta (2); su sintomatología es, en esencia, la misma de los estados emotivos; el estado psíquico de estos enfermos se caracteriza principalmente por una emotividad extraordinaria; y, por fin, á cada emoción los síntomas clínicos empeoran, así como en otras ocasiones se alivian ó se curan por la acción de un ambiente afectivo apacible. Todos estos hechos han llevado á nuestro ánimo la convicción de que el tiroides juega un papel importante en el mecanismo fisiológico de la emoción. Un sagaz clínico, Leopold Levi, ha llamado á este órgano «la glándula de la emoción», tal vez no demasiado injustificadamente, pues, además de los datos expuestos, suministrados por la patología, nos es fácil observar que el grado de emotividad de cada persona es paralelo al índice de la aptitud funcional de su tiroides: las personas muy emotivas suelen presentar los rasgos del temperamento hipertiroideo; las calmosas y frías pertenecen, en cambio, al grupo del temperamento hipotiroideo; las edades en que la emotividad se exagera corresponden á los períodos en que el tiroides, normalmente, funciona con mayor intensidad; y, por fin, la misma hiperemotividad de la mujer respecto al hombre corresponde á la mayor importancia que la función de esta glándula alcanza en el sexo femenino. Todavía más; si á un hipertiroideo, que vibra ante la menor emoción, se le extirpa el tiroides hiperplásico, desde este punto, con la limpieza de un resultado experimental, podemos ver que su emotividad se temple y se hace normal; é inversamente, si un individuo hipertiroi-

deo, de sensibilidad afectiva, por lo tanto, embotada, es tratado por la opoterapia tiroidea, su aptitud emocional aumenta considerablemente, y aun puede llegar á hacerse patológica.

Pero la acción que la secreción tiroidea ejerce sobre el sistema nervioso de la vida vegetativa es una acción lenta, y el acto emotivo se desarrolla casi siempre con instantánea rapidez. Y, además, todos los fenómenos vegetativos de la emoción no se explican por el mecanismo hipotiroideo; el hipertiroidismo nos da cuenta de los trastornos vasomotores, de los rasgos más característicos de la expresión emotiva violenta, etc.; pero no de otras manifestaciones, tal vez las esenciales de la emoción vegetativa, que son consecuencia de una súbita excitación de las terminaciones del simpático. Y esta reflexión nos induce á hacer intervenir en el mecanismo de la emoción otro factor humoral, el excitante precisamente de este sistema simpático: la adrenalina. Y, en efecto, los datos experimentales que á continuación vamos á exponer confirman dicha hipótesis.

Cuando inyectamos á un sujeto cualquiera una dosis suficiente de adrenalina—una dosis siempre pequeña, inferior, generalmente, á un miligramo,—se producen en su organismo modificaciones de la esfera vegetativa que exactamente reproducen la casi totalidad del síndrome emocional; apenas absorbida la droga, el corazón empieza á latir con violencia, el pulso se acelera, se produce en torno del punto inyectado una mancha, á veces muy extensa de carne de gallina; la cara palidece, sobreviene una sensación de angustia torácica, á veces las lágrimas escapan involuntariamente de los párpados, y, aparte de todos estos datos, se puede registrar un aumento de la tensión arterial y una movilización de los hidratos de carbono idénticos á los que se producen durante la emoción espontánea. Es muy frecuente que el sujeto inyectado compare, por cuenta propia, esta fenomenología con la de una emoción violenta, como el terror, pero dándose á la vez perfecta cuenta de que la emoción no existe; *y así aparecen plenamente disociados el elemento psíquico y el elemento vegetativo del proceso emocional*. ¿Cómo no pensar ahora que sea una descarga brusca de adrenalina en la sangre el mecanismo que desencadena las manifestaciones orgánicas de la emoción espontánea? Y Cannon, en efecto, confirma la hipótesis, demostrando (1) que la sangre venosa que fluye de las suprarrenales es más rica en adrenalina cuando el animal ha sido previamente emocionado que cuando estaba tranquilo.

(Continuará.)

## Bibliografía.

L'ENCEPHALITE LETHARGIQUE, por el profesor Achard.—Un tomo en 8.º prolongado de 324 páginas con 15 grabados.—París, J. B. Baillière, editor, 1922.

La bibliografía referente á la llamada encefalitis letárgica aumenta con una rapidez extraordinaria; prueba de ello es que en la obra de que nos vamos á ocupar, sesenta páginas, de tipo de impresión muy menudo, se dedican á la enumeración de trabajos referentes á esta enfermedad.

El interés que la encefalitis ha despertado se explica, no sólo por el aspecto de novedad que su síndrome revestía para la actual generación médica, sino además porque muy pronto se advirtió que su estudio planteaba áridos problemas de fisiopatología de los centros nerviosos, que obliga-

(1) Marañón, *Introducción al estudio de la teoría neuro-humoral de la emoción*, Valencia, 1921.

(2) Espina y Capo, *Enfermedad de Basedow, de origen emocional*, Real Academia Nacional de Medicina, Mayo, 1921; Marañón, *Le facteur émotionnel dans la pathogénie des états hyperthyroïdiens*, Annales de Médecine, IX, 1921.

(1) Cannon, *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, Appleton, New York, 1920.



ron á revisar á menudo y á ampliar siempre muchas nociones que clásicamente se venían considerando como dogmas inconcusos. Y por si esto no fuera bastante para justificar la asidua atención que la encefalitis letárgica merece, ha aumentado considerablemente su importancia la observación del llamado parkinsonismo postencefalítico y el descubrimiento de las relaciones de aquella dolencia con la parálisis agitante.

Por la transcendencia y la multiplicidad de las cuestiones con la encefalitis relacionadas, se comprende que no sean ya solamente comunicaciones casuísticas, reseñas de investigaciones de laboratorio sobre puntos concretos de anatomía patológica y de patogenia, revistas críticas de conjunto y artículos de divulgación, las publicaciones que á ella se dedican en número cada vez mayor, sino que también se la concede preferente lugar en los libros de Neurología y en los de Patología Médica, como en el de Sergent, Ribadeau-Dumas y Babonneix, y en nuestra patria, en el de Hernando y Marañón, en los que dicha enfermedad se describe en largos y muy bien documentados capítulos, escritos, respectivamente, el francés por Foix, y el español por Sanchís Banús.

Además de todo esto, sobre la encefalitis letárgica se han editado ya en los varios países cultos, obras voluminosas, destinadas exclusivamente á su descripción, y que son verdaderos tratados didácticos monográficos, en los que se hace un estudio completo de la dolencia en todos sus aspectos.

A esta categoría pertenece el libro del profesor Achard, recientemente publicado. Bien conocidas son las extraordinarias dotes de publicista que posee el ilustre clínico del Hospital Beaujon, entre las que descuella la aptitud de presentar con diáfana sencillez, á la par que con rigurosa exactitud, los más complejos asuntos de la práctica y de la teoría médicas, y si á esto se añade su excepcional competencia en cuanto con la encefalitis letárgica se relaciona, no sorprenderá á nadie que la obra que ha escrito sea digna del mayor encomio, pudiendo con justiciara imparcialidad afirmarse, que constituye hoy la mejor fuente de información para aprender cuanto actualmente se sabe acerca de la susodicha enfermedad.

En este libro figuran, como es natural, ampliamente expuestas, las numerosas contribuciones de experiencia personal del autor que á la encefalitis se refieren, dando con ello á la obra un cautivante sello de originalidad; pero no se descuidan, ni mucho menos, las opiniones extrañas, ni los frutos del trabajo ajeno, resultando, en conjunto, una exposición muy completa del tema, que lo mismo es útil para el que desee iniciarse en el estudio de estos asuntos, que como obra de consulta y como repertorio bibliográfico.

En prueba de ello, mencionaremos la distribución en capítulos, que sucesivamente tratan, de los antecedentes históricos, de los síntomas, de las formas clínicas y curso, de las lesiones y su interpretación; del virus y su propagación, de las relaciones con otras enfermedades, del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento, terminando con un copioso índice de Bibliografía. Todos ellos están magistralmente trazados, pero tienen especial interés y singular relieve, los que se ocupan de las variedades clínicas y de las conexiones de la encefalitis con otros procesos morbosos.

Cierto que algunos de los asertos consignados en este libro son susceptibles de serias objeciones; pero estos detalles problemáticos y de exactitud dudosa, son inevitables en una materia, en la que tanto falta aún por averiguar, y en nada aminoran el mérito de esta obra por la que merece el autor los más sinceros plácemes.

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Madrid, 5 de Marzo de 1922.

## Periódicos médicos.

### PEDIATRIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Ausencia total congénita del fémur.**—El Dr. J. Garrido-Lestache comunica el siguiente interesante caso clínico:

M. R. C., de doce días, pesa en el momento de mi reconocimiento 2.200 gramos. Los padres manifiestan que no recuerdan haber padecido enfermedad alguna, siendo, por lo tanto, nulos los antecedentes hereditarios. El matrimonio ha tenido cinco hijos con el que me ocupa, un aborto de tres meses que coincidió con una intervención quirúrgica practicada á la madre, á la que sin duda se debió la causa de aquél. De los cinco hijos viven tres, uno de siete años y otro de cuatro, que están completamente sanos, siendo el otro el historiado; los otros dos fallecieron de meningitis aguda según me dicen y asfixiado entre las ropas de la cama, respectivamente; el aborto se verificó antes del último hijo y éste nació á término, aunque con síntomas asfícticos, que hizo necesaria la respiración artificial; es criado al pecho de la madre, y como se ve, su peso es menor que el que por su edad le corresponde.

Una vez desnudado el niño, lo primero que nos llama la atención es la conformidad de la parte inferior de su cuerpo, que desde luego contrasta con la superior, de aspecto normal y bien constituida. Colocado el niño en posición vertical y visto lateralmente, se observa al mismo tiempo que la desproporción citada, en la que se aprecia el tamaño pequeño de las extremidades inferiores, una gran ensilladura lumbar análoga en un todo, y ese es el aspecto que presentan las caderas, á la que tienen los niños afectos de luxación congénita de la cadera; visto en la posición vertical, también, pero colocado en sentido anterior, es decir, mirando á la región anterior de todo su cuerpo, la deformidad se pone más de manifiesto, ya que la distancia existente entre la región perineal y la mesa sobre la que está sostenido, sólo alcanzó límites tan pequeños como los que luego diré, hecho éste que se aprecia fácilmente en las fotografías que acompaño.

En efecto, la talla total del niño sólo llega á alcanzar unos 39 centímetros, medido en la forma corrientemente usada, estando el niño echado sobre una mesa en la que va colocado un metro y apreciando la distancia que existe entre la parte más saliente de la cabeza hasta la región plantar, siendo, como se sabe, la talla media normal de un recién nacido de 50 centímetros, se aprecia fácilmente la disminución grande de la que este niño tiene y que luego veremos que es esta falta debida á la ausencia de su talla de la longitud del muslo, ausente por la deformación que padece el niño; desde la parte más saliente de la cadera hasta el borde externo del pie, mide 11 centímetros de distancia, que restando esta cantidad del número á que en totalidad alcanza la talla, da por resultado que 28 centímetros corresponden á la longitud del cuerpo y los otros restantes á las extremidades inferiores; estas cifras nos dan perfecta cuenta de la desarmonía que existe entre las dos mitades del cuerpo; la distancia entre la parte más saliente de ambas caderas es de 10 centímetros, y puesto de pie el niño y medida la distancia que hay entre la región perineal y el suelo, ó sea sobre lo que está colocado, sólo tiene 6 centímetros de distancia.

Por palpación, los datos que entresacamos son de grandísimo interés; se aprecia perfectamente la existencia normal de los maleolos interno y externo, así como la articulación del pie, hecho el primero, sobre todo, que nos pone en



evidencia la existencia, aparentemente natural, de los huesos de la pierna; la cadera, si bien no se puede apreciar nada respecto á su movilidad á causa de la poca edad del paciente y á la existencia de las masas musculares que dificultan la exploración, por su aspecto en un todo semeja á los recién nacidos afectos de la luxación congénita de cadera, y sería curioso determinar, no sólo los movimientos de la articulación, sino que también cómo se verifican las inserciones musculares, ya que estando ausente el fémur, aquéllas tienen que buscar su fijación en partes que, para el objeto á que me refiero, serían completamente anormales.

La reacción de Wassermann fué intensamente positiva, pero ella no hubiera sido necesaria, ya que las lesiones sifilíticas papuloerosivas de la región anal ponen con toda claridad en evidencia que existe una infección específica de gran intensidad; claro está que el Dr. Grinda por el laboratorio, con el resultado del análisis sanguíneo, ha confirmado lo que la clínica ya había diagnosticado, marchando unidos al considerar la especificidad del caso.

Y vamos á ocuparnos del estudio de la parte explorativa más interesante en todos los casos de lesiones ó malformaciones óseas; me refiero á la radiografía. El estado radiográfico en estos casos, no sólo diagnostica confirmando hechos clínicos, sino que, por el contrario, pone en claro hasta donde puede llegar la deformidad, que en muchos casos dudosos—y este puede ser uno de ellos, ya que las ausencias parciales del fémur pueden existir—la clínica no puede determinar con toda claridad.

La radiografía hecha en esta ocasión por el Dr. Piga, nos pone de manifiesto con toda claridad una falta absoluta de ambos fémures; la cavidad cotiloidea, al parecer completamente normal, está articulada con la meseta tibial y la rótula colocada en la parte externa, es puesta de manifiesto por la radiografía como fácilmente se comprueba con sólo examinarla; claro está, que sólo se aprecia el vestigio cartilaginoso de ésta, puesto que sabemos que hasta cumplirse los dos años de la vida extrauterina, no empieza á notarse el punto de osificación del hueso rotuliano.

Los huesos de la pierna son normales en toda su extensión y el pie no presenta absolutamente nada de anormal, de modo, que, fuera de las manifestaciones sifilíticas hereditarias, lo único que se aprecia clínica y radiográficamente, es una ausencia total de ambos fémures.

Esta es la historia clínica del caso; como se ve es de gran interés su conocimiento dentro de ese capítulo tan interesante de la patología infantil que comprende las que se denominan deformidades congénitas; al estudiar éstas, por su variedad se comprende fácilmente que tienen cabida en él todas las que uno puede imaginarse, pues á medida que estos casos, poco comunes, se van dando á conocer, llega á comprenderse hasta donde puede llegar la producción de estas deformidades, pues hay algunas que se presentan con relativa frecuencia, lo que hace que entrando ya dentro de la práctica corriente de la cirugía infantil, no nos llegue á impresionar y menos á preocuparnos su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, por ser de sobra conocido, pero, caso como el que hoy describo, no ha sido encontrado por mí ninguno análogo en toda la literatura médica por mí consultada, habiendo encontrado que los autores se ocupan de la ausencia de partes de otros miembros, de tibia, de radio (caso también publicado por mí) y de cúbito principalmente, no diciendo nada de la ausencia total del fémur, hecho que prueba que afortunadamente es poco frecuente, no así la ausencia parcial, que descrita con todo lujo de detalles se encuentra en todas las obras en el capítulo que trata de las deformidades congénitas.

No está de más el recordar, pues lo creo conveniente, algo de cómo se verifica el desarrollo normal del fémur; éste se desarrolla por cinco puntos de osificación, uno primitivo para el cuerpo y cuatro secundarios para las extremidades.

Al comenzar el segundo mes de la vida intrauterina, aparece el punto primitivo en el centro de la diáfisis, extendiéndose por arriba hasta la cabeza femoral, formando parte de la extremidad superior; los otros cuatro puntos complementarios, tres pertenecen á la extremidad superior, uno á la cabeza, otro al trocánter mayor y otro al menor, estando por último el cuarto punto destinado á la extremidad inferior; éste, denominado punto intercondíleo, aparece en el interior del cartilago quince días antes del nacimiento, hecho que se aprovecha en medicina legal para determinar la edad de un recién nacido, aunque esto haya levantado después no pocas discusiones.

Los puntos complementarios de la extremidad superior, ó puntos epifisarios superiores, tienen lugar al comienzo del segundo mes en la cabeza, á los tres años en el trocánter mayor, y á los ocho en el trocánter menor, soldándose definitivamente estos diferentes puntos en las edades comprendidas entre los diez y seis y veintidós años y á veces más.

Ahora bien, ¿cómo explicar la ausencia total del fémur? Si recordamos las teorías distintas que se han dado para explicar la etiología, aún tan oscura, de las deformidades congénitas y rechazando, desde luego, que este caso sea considerado dentro de la categoría de las deformidades congénitas en las que el desarrollo del nuevo ser se inicia en condiciones normales hasta que una causa interior, que puede ser, entre otras, las anomalías amnióticas, los traumatismos, las insuficiencias del líquido amniótico, las bridas, á las que tantas deformidades se les achaca, las adherencias, las neoplasias de las paredes uterinas y los enrollamientos del cordón umbilical, etc., las produce, yo considero que esta deformidad que estudiamos entra dentro de la categoría de las que se denominan primitivas, cuyas causas—dice Hoffa—existían ya en el germen embrionario y se han manifestado espontáneamente en el desarrollo del embrión, sin que ninguna causa exterior fuera necesaria para la producción de la deformidad.

Es caso éste en el que no juega papel la influencia hereditaria de la deformidad congénita, ya que ella no existió en los progenitores; ello lo creo debido á una supresión del desarrollo producida por la ausencia de las partes que en los espermatozoos ó en los óvulos han de unirse para formar el germen embrionario; de otra forma no se explicaría una ausencia tan total, pues en un caso contrario, si los puntos óseos se hubieran retardado en su aparición ó detenido su desarrollo, la parte del esbozo cartilaginoso subsistiría y sería fácilmente determinada su existencia.

Rechazo también aquella teoría del arquipterison sostenida por Herschel, basada en la opinión de Gegenbaud, según la cual los miembros del hombre se desarrollarían según un tipo de cinco radios, reducción de la aleta primitiva de los peces. La ausencia de uno ó varios radios acarrearía la soldadura del esqueleto.

Y si recordamos la clasificación que Geoffroy Saint-Hilaire ha hecho de las ausencias de un miembro, en *ectromelia* (miembro abortado), que es la ausencia total de un miembro; la *hemimelia*, en la que el segmento proximal es normal, estando el terminal muy reducido, y el de *focomelia*, en la que no existe el segmento proximal y el segmento terminal nace directamente, pie ó mano, semejando las focas, vemos que el caso mío, aunque no típico de esta clase de deformidades, se parece más á estas últimas.

Para concebirlas como suspensión del desarrollo, se re-



cuerda que los miembros nacen bajo formas de mamelones (su suspensión en este caso, focomelia); después es cuando este mango se une, formando el segmento distal y el proximal. Esta paleta primitiva, de dedos unidos persistiendo, forma la sindactilia.

Por último, nos encontramos ante un caso de deformidad congénita en un niño sifilítico hereditario, y conocido desde luego el papel importante que la infección luética tiene en la producción de las deformidades congénitas, nada de extraño es que podamos pensar en ella en este caso, como parte etiológica principal de la ausencia congénita que el niño padece. (*La Pediatría Española*, 28 de Febrero de 1922.)

## MEDICINA INTERNA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Sobre la patogenia de la jaqueca, por el Dr. Rémond y el Dr. Rouzaud.**—Sobre la etiología de la jaqueca se han emitido las hipótesis del artrismo, de las afecciones gastro-hepáticas, de la taquifagia, de las afecciones crónicas de las fosas nasales, del astigmatismo y de las insuficiencias ovárica y tiroidea. Desde el punto de vista patogénico son también numerosas las teorías propuestas para explicarla (neuralgias cerebrales, síndrome bulbo-protuberancial, neuralgia del trigémino, irritación y parálisis del simpático cervical, etc.). Los autores han examinado las relaciones entre la composición de las orinas y la de la sangre, fuera del acceso, en 42 individuos con jaqueca.

Los resultados han sido los siguientes: la *viscosidad sanguínea* estaba aumentada en la mayor parte de los casos y sólo se aproximaba a lo normal en algunos sujetos que presentaban claramente ptosis renal. La *tensión arterial mínima* resulta aumentada ordinariamente; la tensión diferencial está, en general, disminuida; la tensión máxima, frecuentemente elevada, salvo en los ptóticos. La cantidad de *urea sanguínea* está aumentada. Por otra parte, en todos los casos han podido apreciar los autores que el *coeficiente ureo-secretorio de Balavoine* queda por bajo de lo normal, indicando la disminución de la permeabilidad renal. El *nitrógeno residual* es superior al normal. El coeficiente de imperfección areogénica de Maillard y la cantidad de ácido úrico en la sangre total, también era siempre mayor de lo normal. La *glucemia* oscilaba alrededor de la normal y la *colesterinemia* aparecía, en cambio, constantemente aumentada. Ahora bien; el aumento del nitrógeno residual, del ácido úrico y de la colesteroína en la sangre, caracterizan suficientemente el desfallecimiento de la célula hepática. La urea sanguínea resulta demasiado elevada y el coeficiente de Balavoine demasiado inferior a lo normal para incriminar igualmente con justicia a la célula renal. Como, por otra parte, los autores han tenido ocasión con frecuencia de examinar enfermos con una u otra de estas dos formas de insuficiencia orgánica sin haber observado jamás, ni en los hepáticos, ni en los renales puros, la jaqueca, creen poder afirmar que la causa patogénica de este síndrome no es otra más que la doble insuficiencia hepato-renal. Por tanto, debe considerarse a la jaqueca como un fenómeno crítico, que traduce una intoxicación, progresivamente creciente, generadora de euforia al principio, y después de dolores y de fenómenos de defensa (anorexia, vómitos), con semiología variable en cuanto a su gravedad, é interesando sobre todo al sistema nervioso, simpático y vasomotor. (*Bull. de l'Acad. de Med.*, núm. 40, 28 de Diciembre de 1920).—**LUENGO**.

## TERAPEUTICA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. El silicato de sosa en el tratamiento de la arterioesclerosis, por M.M. Schaeffer y Sartory.**—Existiendo abundantemente la sílice en los tejidos vegetales y animales, parece ser que la arterio-esclerosis no es otra cosa que una falta de sílice en la sangre. De aquí a utilizar la sílice para combatir la gran diátesis cardio-arterial, no hay más que un paso, que ha sido franqueado por los autores, los cuales se sirven de la vía intravenosa para introducir en el organismo una solución de silicato de sosa en la proporción de 0.005 por cada centímetro cúbico.

Cada dos días ponen una inyección de 1 c. c., hasta completar una serie de diez inyecciones.

Conclusiones: «Los enfermos clasificados como preescleróticos, obtienen del tratamiento un beneficio manifiesto y rápido.

»De una manera general, en los enfermos en tratamiento, la tensión arterial baja y la viscosidad sanguínea aumenta ó disminuye para dirigirse hacia una cifra aproximada a la normal.

»La disnea de esfuerzo se atenúa; hay elevación de la vitalidad general.

»Nos ha parecido que los síntomas dependientes de la arterio-esclerosis cerebral, vértigos, cefalea, son los que más rápidamente se corrigen, aun cuando la tensión arterial no haya disminuído sensiblemente, lo que prueba que la eficacia del medicamento no es debida exclusivamente a su acción sobre la tensión arterial.

»En lo que concierne a los anginosos, las crisis llegan a hacerse menos dolorosas y menos frecuentes.

»Bajo la influencia del tratamiento, la mayoría de los enfermos notan ellos mismos un aumento de fuerzas, disminución de la disnea de esfuerzo y sensación de bienestar.» (De *La Quinzaine des Praticiens*, *Le Moniteur Medical*, número 13, 28 de Marzo de 1922).—T. R. Y.

## CIRUGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Substitución de las curas y apósitos corrientes por jaulas asépticas, en el tratamiento de las heridas, úlceras, etc., por M. Reynés.**—Este nuevo método, suprimiendo las curas y vendajes, supone una gran economía de tiempo de material y de personal. Se practica «poniendo» las lesiones dentro de una especie de cajas ó *jaulas asépticas* formadas por una débil armadura metálica cuadrangular, con paredes de tela. Una ó dos de dichas paredes presentan una sencilla disposición que sirve para dar paso al miembro afecto y cerrarse después. Sobre la cara superior de la jaula existe una ventana de celuloide transparente que permite la vigilancia, y en el interior puede ir suspendida una pequeña naveta conteniendo eucalipto, timol, etc.

El cambio de aire que se establece a través de las paredes de tela impide toda humedad macerante.

Según el autor, las heridas y úlceras evolucionan perfectamente en estas jaulas, así como los injertos que, como se sabe, son de una fragilidad tan delicada.

Con este procedimiento desaparecen los peligros de arrancar las células y tejidos de reciente formación, y los riesgos de hemorragias, hallándose los heridos y enfermos muy satisfechos de él, porque les evita los dolores de las curas repetidas. (*Académie de Médecine*, de París. Sesión del 21 de Marzo de 1922).—T. R. Y.





**2. Los tumores fantasmas del abdomen, por N. Fiesinger.**—No es infrecuente diagnosticar un tumor de abdomen que no tiene existencia real. Tales tumores fantasmas pueden ser debidos á múltiples causas, entre ellas la repleción de los órganos huecos, como la vejiga y á veces el útero. Se impone, pues, el cateterismo siempre que el supuesto tumor ocupe el bajo vientre, y en cuanto al embarazo, como causa de error, la evolución desvanecerá las dudas.

Puede también ser confundida con un tumor abdominal, la acumulación de materias fecales en el intestino grueso, porción descendente en particular, lo que se conoce bajo el nombre de fecaloma: su característica es la de cambiar de forma y volumen y desaparecer bajo la acción de los purgantes y lavativas oleosas.

En sujetos muy desnutridos, podremos encontrar el falso cáncer pulmonar, condicionado por el saliente lumbar que tiene por delante la aorta abdominal sobre la que pasan el estómago ó el colon. Lo propio de este cáncer es el desaparecer cuando el individuo aumenta de peso.

El falso tumor peristáltico se muestra, sobre todo, en los casos de estenosis del píloro muy acentuada, y es debido á la contracción en masa del estómago hipertónico y poco distendido; al cabo de algunos minutos la contracción cesa y el tumor se desvanece.

Para hacer el diagnóstico de estos tumores el autor recomienda enjabonar previamente la piel del abdomen con mucho jabón y agua tibia, con lo cual el tumor se superficializa facilitando singularmente la palpación, la cual habrá de hacerse lenta y cuidadosamente con la mano plana y sin enjugar los tegumentos. Es preciso también tratar de aislar toda tumoración y dureza por deslizamiento ó pellizcamiento lateral, estudiando su forma y consistencia en todos los sentidos y posiciones y observando asimismo la influencia que sobre su movilidad ejercen las grandes inspiraciones.

En caso de necesidad se recurrirá á la radioscopia investigando también la presencia de sangre en las cámaras después de una comida de prueba (hemorragias ocultas de los cínceros). (*Journal des Praticiens*, 9 de Noviembre de 1921).—T. R. Y.

## OFTALMOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. De la influencia de la adrenalina sobre la tensión ocular y sobre la tensión sanguínea general y retiniana en el hombre, por el Dr. Georges Leplat.**—El asunto tan interesante de las relaciones entre la tensión ocular y arterial general, que tantos y tan contradictorios trabajos ha originado por parte de fisiólogos y oculistas de altos estudios; expuesta sobre el tapete por el autor (campeón también en este orden de cosas), y de sus múltiples experiencias deduce, que en el hombre, después de una inyección de adrenalina, suficiente para aumentar notablemente la tensión arterial, el oftalmotonus queda ordinariamente constante y algunas veces parece bajar ligeramente.

Además, instilando suprarrenina en ojos humanos, el autor ha comprobado con el tonómetro disminución del tonus ocular, sin modificación alguna en la tensión arterial retiniana, ni en la general.

De sus experiencias el autor viene en confirmación de la importancia capital que se le viene asignando á la acción reguladora de los centros simpáticos que rigen la circulación de los vasos intraoculares (Ganglio de Müller, del que Magitot se ha ocupado repetidas veces en los mismos *Annales*); añadiendo, que la adrenalina en el torrente circulatorio ele-

va la presión de todo árbol circulatorio, á la vez que excita los diversos centros vasomotores que regularizan las variaciones locales (como los del ojo).

Con respecto á la circulación venosa, ha encontrado un aumento de ella, á los diez minutos de inyectar adrenalina, al que sigue una hipotensión, y en ciertos casos, añade, la tensión de la vena central de la retina puede elevarse pasajeramente y después bajar. (De *Annales d'Oculistique*, de París, Junio, 1921).—DR. MARÍN AMAT.

**2. Investigaciones sobre el tracoma en Túnez, por el Dr. Paul J. Petit.**—El autor, que ha sido llamado por el Gobierno de Túnez para estudiar sobre el terreno el tracoma y poder tomar las medidas que parezcan más eficaces para combatir tan terrible plaga en aquel país; lo que indica que allí se preocupan de la misma, caso opuesto á lo que aquí sucede, que no se le da la importancia que realmente tiene, por no disponer de medios el ilustre inspector general de Sanidad, á pesar de sus grandes deseos de acudir á nuestros requerimientos expuestos en una memoria reciente; el doctor Petit, repito, expone en este artículo, que no es sino un avance de lo que ha de ser su Memoria, una estadística de tracomatosis observados en algunas regiones de aquel país, siendo las cifras verdaderamente aterradoras.

He aquí algunos datos: En las escuelas primarias de Galpa ha encontrado el 90 por 100 de tracomatosis y en Tozeur y Nefta el 96 por 100. En la población de estas ciudades el 96 y 98 por 100.

El autor está conforme con la noción actual de que no hay dos formas de tracomas, uno crónico y otro agudo; sino que éste no es otra cosa que una infección sobreañadida y ha encontrado en la mayor parte de los casos al diplobacilo de Morax-Axenfeld como responsable de estas falsas agudizaciones. Es el germen que también nosotros hemos encontrado más comunmente en los tracomatosis de la provincia de Almería durante nuestra larga permanencia en aquel hospital provincial.

El Dr. Petit se sorprende de lo poco escandaloso que es el tracoma en aquel país ó, mejor dicho, lo sufridos que son aquéllos enfermos, que sólo consultan cuando el tracoma se vuelve doloroso ó ocasiona molestias (infecciones sobreañadidas, úlceras de la córnea, pannus, triquiasis, entropión, etc.). Ello es debido á que en los países esencialmente tracomatosis (como nosotros hemos comprobado en Almería), no se le da importancia á la afección y las gentes que lo padecen, que son las más pobres é incultas, sólo se ponen en tratamiento cuando sienten grandes molestias ó piensan emigrar. Casi desde que nacen padecen la afección y se habitan perfectamente á ella.

También ha comprobado el autor, lo ya perfectamente establecido, que los europeos allí existentes no son refractarios al tracoma y contraen la afección cuando se exponen al contagio allí tan difundido.

Con respecto á los medios de contaminación habla de las manos, de las moscas (allí tan abundantes) y la vida en hacinamiento con sus múltiples medios de contagio (ropas, toallas, zafas, objetos, etc.).

Y con respecto á los medios á proponer, los divide (como nosotros en nuestra Memoria), en dos principales: curar los granulosos y evitar ó disminuir las ocasiones de contagio. (De *Annales d'Oculistique*, de París, Agosto 1921).—DR. MARÍN AMAT.



# EL SIGLO MEDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

*La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. —Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. —Independencia y retribución de la función forense. —Dignificación profesional. —Unión y solidaridad de los médicos. —Fraternidad, mutuo auxilio. —Seguros, previsión y socorros.*

### Boletín de la semana.

#### La crisis comercial de la Farmacia.

En el conflicto general de intereses que por el desarraigo tradicional de éstos ha seguido á la convulsión enorme de la guerra mundial, las profesiones médicas han tomado parte haciendo oír sus quejas tradicionales expresando sus aspiraciones legítimas y manifestando, mezcladas con ellas, codiciosas anhelaciones de egoísta satisfacción.

No puede achacarse á una clase determinada el trastorno producido en sus relaciones económicas con la sociedad y con el público; todas ellas en mayor ó menor grado, desde las manuales y obreras hasta las liberales é intelectivas, las profesiones han alzado su voz en petición de reforma, en anhelo de trastorno ó en protesta de perturbación.

Natural era que una profesión de carácter heterogéneo como la farmacéutica, que partiendo de bases y espíritu científico, al llegar á su aplicación y aprovechamiento práctico tiene que aceptar un carácter marcadamente comercial, se dejase influir por la atmósfera ambiente y se manifestara de modo desigual según en cada uno de sus individuos predominaba uno de los elementos de su doble naturaleza: el elemento que pudiéramos llamar tradicional, científico y humanitario, por el elemento económico, comercial ó sindical.

Los incidentes desagradables, las discusiones apasionadas, los choques y las violencias envenenaron la cuestión por imposición airada de los unos y quizás por resistencia pertinaz de los otros.

Una Real orden emitida por el Ministerio del Trabajo vino á dar estado jurídico-administrativo á la cuestión; pero los que creyeron que en esta Real orden se hollaban principios sagrados, se ofendían derechos consignados y respetables y se infería perjuicio al ejercicio de la Medicina en amplio beneficio para el alivio del enfermo, todos estos acudieron pidiendo reparación é impugnaron ante el Tribunal Supremo de justicia la referida Real orden. En manos de este elevado é inapelable Tribunal se encuentra hoy el litigio; para influir en su fallo es de creer que no se despreciarán los medios, los argumentos y las apelaciones por una y por otra parte.

Según nuestras noticias, el actual ministro desea encontrar términos conciliadores á un tiempo de los intereses materiales de los espirituales y científicos, y sobre todo, de los del interés médico y

de la salud pública sobre cuyo pavés se libra la empeñada contienda, con olvido suyo y también con daño evidente. Claro está que el ministro en nada puede influir en el fallo del Tribunal Supremo; pero sí puede hacerlo en las iniciativas del fiscal que allí representa los intereses del poder ejecutivo.

No sabemos el giro que la cuestión tomará, ni menos cuál podrá ser su resolución; pero se nos ocurre pensar que dadas las excelentes disposiciones de imparcialidad del Sr. Calderón, podría éste provocar una consulta de los encontrados intereses, que en su simultánea exposición es seguro que habrían de mitigar las asperezas de su anterior conducta y facilitar quizás una solución provechosa al conveniente ejercicio de la Medicina, que es el interés supremo de los enfermos.

DECIO CARLAN.

### El Excmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz.

En la mañana del martes, 18 del corriente, hora de las cuatro, rindió su alma á Dios el Secretario perpetuo de la Real Academia Nacional de Medicina, Excmo. é Ilmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz, hallando, por fin, aquel definitivo reposo, por el cual hubo de suspirar, durante muchos años, quien fallecido después de cumplir los ochenta y cuatro, y pudo decir que, desde su primitiva juventud, desde su más florida mocedad, jamás se vió libre de padecimientos, los cuales en numerosas ocasiones hubieron de apretarle tanto, que le dieron trato de frecuentes y muy íntimas relaciones con la muerte, á la cual, cara á cara, pudo contemplar con serenidad estoica. Su alma, intensamente cristiana, siempre apercibida á las puras y confiadas presentaciones ante el Sumo Creador, había pasado por tan hondas aflicciones, y su cuerpo flaco, débil, maltrecho con los reiterados y duros ataques, cuándo de padecimientos del pulmón, cuándo del vientre, cuándo de hiperfunciones y toxihemias originadas por un bocio, que hubo de mostrarse inquieto con diferentes estados durante largas etapas, su cuerpo, repito, hallábase tan habituado ya á toda clase de sufrimientos, que no parecía sino que el desventurado D. Manuel estaba destinado á representar el tipo del moribundo inmortal. Como que desde el 11 de Mayo de 1873 en que ingresó en la Academia, hasta el día de su muerte, 18 de Abril de 1922, transcurrieron cerca de cuarenta y nueve años, y habiendo vivido con él, en ella, treinta y ocho, quien esto escribe, fueron los menos los en que lo vió gozar de buena salud. Y no es fútil este examen, cuando de estudiar el carácter y la vida social y profesional de



un hombre se trata, porque si algo puede explicar muchas veces las sequedades, las asperezas, aislamientos y herméticas soledades de algunas personas, en quienes jamás se dan la franca alegría, la comunicabilidad fácil, esa adhesión amistosa y cordial que engendra los grandes afectos y hace convivir las fuertes empresas, es la existencia de un roedor interno doloroso, de alguna preocupación y melancolía continuas, de estados pasionales, en fin, que vierten tanta bilis en la sangre, como tristezas en el espíritu. Fué un verdadero mártir, cuyas torturas conmovieron á cuantas personas las contemplaron.

El Dr. Iglesias fué siempre, desde escolar, un hombre laborioso, aplicado y poco sociable. Muy joven, hizo oposiciones á plazas de médico de la Real familia, y luego á las de ingreso en la Academia de Medicina, y conquistados ambos puestos, el campo de las aspiraciones y los horizontes todo de su vida se limitaron á estos dos ministerios. Por ello, en uno y en otro fué un verdadero cartujo. Y como tal cubierto moralmente de áspera estameña, sus normas y procedimientos adquirieron una rigidez y á veces hasta revulsiva sequedad que le hacía vivir apartado de todos los colegas incluso los académicos. En la Corporación nunca le vimos entablar conversaciones amenas con nadie, en las cuales denunciase humorismo, confianza ó identificación de propósitos. Era el irreductible solitario. Hasta cuando fué elegido senador por la Academia, y en la alta Cámara se halló con varios colegas, casi todos compañeros de aquella, nunca se les unió para ayudarlos en sus campañas; y si alguna idea ó proposición él concebía y deseaba hacerla prosperar, tampoco la comunicaba á nadie, ni solicitaba su adhesión y ayuda. Y esto daba por resultado, que no prosperase un pensamiento suyo, ni mostrara interés porque prosperasen los de los demás.

Correcto, honrado, puntualísimo en sus deberes, metódico en sus trabajos, prolijo, exacto y austero en sus informes, adolecía en ellos de severidades y de intransigencias; y por ser así discutía mucho los informes ajenos, sostenía con tenacidad las convicciones propias, era infatigable en los debates y jamás se daba á partido de ajena razón. Resignábase con el vencimiento, pero manifestando á las claras, con sus gestos y sus frases, que había sido la víctima de una mayoría des-  
acertada. De él se podía decir que era un paladín de acero, cuyas junturas jamás descubrían el punto por donde pudiera ser herido. Era un tipo de castellana rigidez, seco, nervioso, figura digna del pincel del Greco.

Buen clínico, favorecido á veces con una clientela distinguida, sus inspiraciones doctrinales fueron esencialmente hipocráticas. Sacerdote fiel de los pasados cultos, farmacólogo á la antigua usanza, bebiendo más en los clásicos de los pasados tiempos que en los modernismos de esa literatura que tienen las revistas flamantes, mostraba á veces destellos de una bibliografía y erudición interesantes, que podía recoger de fuentes alemanas, porque conocía este idioma. De esta suerte, aun siendo fiel á lo clásico, no combatía ni rechazaba lo nuevo.

La Sección de efemérides, la vacunoterapia jennericiana, las disertaciones de los tratadistas ya anticuados le inducían á intervenir en los debates públicos, lo cual hacía con una oratoria fácil, discreta, punzante y poco animada. Escribía con soltura y corrección, y redactó las Memorias de Secretaría de todo el tiempo de su cargo, hasta el año 1919 en que leyó la última; memorias largas y detallistas.

No ha publicado obras de grandes alientos. Ha sido prototipo del secretario reglamentista; y gran parte de su labor hubo de esterilizarse cuando se disolvió la Comisión de diccionario, á la cual llevó un número incalculable de papeletas por espacio de muchos años. Su celo ejemplar, el amor intenso que sentía por la Academia, en la cual hubo de crear un premio, cierto afán absorbente que daba una sensación de que el Cuerpo todo y él eran como un solo organismo, le revestía de grande autoridad que sus compañeros todos respetábamos, y teníamos en la estima suficiente para solicitar del Gobierno premiara las virtudes, laboriosidad y mérito del hombre modesto concediéndole una gran cruz. Como otras muchas veces, en nuestra patria, este premio no le fué concedido. El ministro de Instrucción Pública no dió satisfacción al común deseo, aunque la solicitud de la Academia, indicada por el presidente Dr. Cortezo, fué hecha con el interés y los pronunciamientos que merecía el individuo propuesto, y correspondían á la afectuosidad y profunda estimación que por él sentíamos todos. Este desaire hubo de ser causa de alguna amargura más, que uniría á otras muchas quien por naturaleza y enfermedades vivía ya en continuas escabrosidades y apartamientos sociales.

Iglesias sufrió cierto día una inmensa desgracia que agobió más su cuerpo todo, física y moralmente, haciendo que la vida adquiriese para él desolaciones y tristezas todavía más inconsolables; la muerte de su hijo Manuel, á consecuencia de un accidente de choque cuando visitaba. Manuel Iglesias (su hijo) era lo que se llama, con propiedad, un modelo de hijos y de doctores brillantes. Culto, inteligente, aplicado, verboso, efusivo, sociable, querido de todos los que le trataban, conquistador brillante de cuantos cargos deseaba adquirir, ya en oposiciones, ya en concursos; así, amado y distinguido, cuando la vida le era más risueña y la fortuna le mimaba, un día sufrió la desgracia, haciendo su visita en coche, de tener un accidente y morir en breves días de sus consecuencias. La desgracia fué muy sentida generalmente; y con ella su desdichado padre y sus santas hermanas doña Manuela y doña María—para las cuales toda delicada y virtuosa alabanza sería siempre pálida—sufrieron tan inmensa aflicción y desaliento, que solamente sus intensos fervores religiosos pudieron hacérsela soportable. Desde aquel suceso, D. Manuel se sintió más quebrantado todavía, y quizá en sus ardientes oraciones pidiera á Dios apartase ya de su alma, con la vida, tanto irresistible sufrimiento como el que le atormentaba de continuo. Este fué el principio de su última fase, en la que vimos al querido compañero como definitivamente rendido, y poco ganoso de mantener las enérgicas



exaltaciones de su personalidad, que tanto le habían caracterizado siempre. Padre amantísimo, como pocos, esta herida desplomó sus enterezas.

Para terminar este breve recuerdo necrológico, diremos que D. Manuel Iglesias ha fallecido dejando una grande fortuna, con relación á la que suelen alcanzar los médicos. Su espíritu económico y suerte en la administración de sus bienes, le permitieron conquistar una envidiable posición.

Que Dios acoja en su seno el alma de nuestro desdichado colega, y reciban sus hijas, con nuestras frases de consuelo, el testimonio de nuestra profunda condolencia.

ANGEL PULIDO

## LA CUESTIÓN DEL AGUA DEL LOZOYA

POR

F. MURILLO

(PARA ALUSIONES)

No acabo de explicarme el cariz, la interpretación y las derivaciones incongruentes que algunos han querido dar al tema de la depuración del agua del Lozoya, que yo suscité, incidentalmente, en mi conferencia de la Real Academia de Medicina. Tengo por seguro que no hay higienistas, ni siquiera profanos dotados de sentido común, que nieguen la necesidad de *depurar los abastecimientos hídricos, de curso superficial, que atraviesan lugares poblados*. Este es un axioma admitido y llevado á la práctica en las cinco partes del mundo, y tan fácil de comprender y de tan visible importancia para la salud pública, que no ya la impurificación comprobada, sino el peligro, la posibilidad de que se efectúe, sirve de norma, en todos los países, para proceder á la depuración de las aguas potables sospechosas ó expuestas á recibir materia orgánica de origen animal. En España mismo, entre otras autoridades que propugnan la buena doctrina, es decir, la obligación de depurar ante la simple posibilidad de contaminación, citaba yo, recientemente, al maestro Casares, en cuyo «Tratado de Análisis químico», tomo II (1913), después de un luminoso resumen del tema, el autor sienta la siguiente conclusión: «Desde el punto de vista higiénico, la posibilidad de una infección (del agua), es tan importante como la seguridad de que ha tenido lugar».

Tampoco me ha parecido muy discreto que siendo la etiología de las infecciones, la epidemiología y la profilaxis general y especial, ciencias esencialmente médicas, vengan á darnos lecciones gentes ajenas á la profesión. Porque una cosa es que los ingenieros y los arquitectos defiendan sus obras, como cada cual las suyas, y otra, muy distinta, que pretendan dictar planes para organizar la lucha contra la fiebre tifoidea, invadiendo terrenos vedados y permitiéndose intromisiones y andanzas en materias que si son difíciles para los médicos, hartos más obscuras y complejas han de resultar para los profanos. Y hasta ahora, que yo sepa, arquitectos é ingenieros han sido, en todas partes, los

encargados de aplicar el remedio parcial en casos particulares, pero no tienen la visión completa del problema ni son los llamados á diagnosticar el mal, su grado, mecanismo, formas y consecuencias.

De todo lo que se propala en folletos, artículos y Sociedades, me interesa recoger, de momento, dos ó tres afirmaciones, que algunos esgrimen para defender lo indefendible, esto es, que el agua del Lozoya no necesita depuración. Prescindo de otras, en parte, porque ya el insigne Cortezo, con autoridad y forma insuperables, se adelantó á esclarecerlas en el trabajo *Semi-ideas* (EL SIGLO MEDICO, núm. 3.552), y, en parte, porque tengo el propósito de insistir en el tema, cuándo y dónde á mí me acomode, firme en el convencimiento de que todos los que sentimos y fomentamos el puro interés de la salud pública, tenemos la obligación de ampararla cada vez con mayores y renovados bríos.

Además, nos fortalece el ejemplo consolador de varias poblaciones, entre ellas Zaragoza, que se disponen á realizar obras importantes de saneamiento, en cuyo primer plano aparece le depuración de sus aguas potables.

Entre las conclusiones de la Memoria del Canal de Isabel II, correspondiente á 1921, figura la siguiente (2.ª de la serie): «La mortalidad en los veinte últimos años ha sido menor en Madrid y la reducción mayor que en el conjunto de toda España».

Yo supongo que al sentar la afirmación precedente, el autor se refiere á la fiebre tifoidea, puesto que de ella se habla y sobre ella versa la discusión. De no ser así, de referirse á la mortalidad general, no habría por qué aducirla como argumento, si previamente no se demuestra la reducción de mortalidad por fiebres eberthianas. Y esta demostración es, precisamente, la que falta.

El año 1901 tuvo Madrid 123 óbitos por fiebre tifoidea, y este fué el año, en lo que va de siglo, de la mínima mortalidad absoluta y proporcional; después, todos los sucesivos han dado mayor contingente al expresado grupo de infecciones. Pero sin remontarnos tan lejos, he aquí una pequeña lista que demuestra lo contrario de lo que pretende el autor de la Memoria:

DEFUNCIONES POR FIEBRE TIFOIDEA EN MADRID

AÑOS	Número de defunciones.	Proporción por 100.000.
1915 .....	136	20
1916 .....	133	20
1917 .....	161	24
1918 .....	252	38
1919 .....	216	32
1920 .....	500	76
1921 .....	262	38

Véase, pues, que de los siete años últimos, en cinco la mortalidad por tifoideas tiende á agravarse, y sus cifras superan á las consideradas como admisibles para las urbes que depuran las aguas destinadas al consumo en bebida.

En varias páginas de la aludida Memoria, se afirma



escuetamente, sin aportar datos fehacientes, que varias ciudades cuentan escasa mortalidad por fiebres tifoparatíficas, á pesar de que no filtran sus aguas potables. Ante todo, hay que prescindir del equívoco que consiste en usar la palabra *filtración* como equivalente de *depuración*. Nada de eso. Nosotros hablamos de depurar las aguas, no de filtrarlas, y entre las ciudades que cita hay varias, como Baltimore y Toronto, que no las filtran, pero las someten á la acción del cloro, habiendo reducido su mortalidad tifoparatífica, la primera, en 36, y la segunda, en 75 por 100.

A nosotros, lo que nos importa es que el agua llegue pura á los labios del consumidor, cualquiera que sea el correctivo adoptado. La elección del procedimiento, su implantación y el cuidado de conservarlo siempre en plena actividad útil, esa sí que es misión de la propia y exclusiva competencia de ingenieros y arquitectos.

También se afirma que en varias ciudades, á pesar de la filtración, la mortalidad por fiebre tifoidea continúa siendo alta. La noticia no encierra para nosotros novedad, porque sabemos que un filtro mal dirigido y mal entretenido, lejos de resolver el problema, lo agrava. El autor podía muy bien haber recordado á este propósito, que en San Petersburgo, durante la epidemia cólica de 1908, se registró la observación de que el agua filtrada era más rica en gérmenes del cólera que el agua del Neva, sin filtrar. A la par se demostró, también, que los rusos no cuidaban sus filtros, y sabido es que el cuidado meticuloso que exige el entretenimiento de los grandes filtros lentos, constituye uno de los principales inconvenientes del sistema.

Cita, igualmente, varias ciudades de las cuales afirma que no filtran el agua y tienen escasa mortalidad. Aquí había que especificar las razones en virtud de las cuales los respectivos abastecimientos no necesitan depuración, porque claro es que las de manantial, bien acondicionadas, y las extraídas de capas profundas por diferentes procedimientos, no exigen depuración. El autor incluye entre las ciudades que no depuran, Glasgow, y á mí me consta que Glasgow no filtra las del Loch Katrine, porque no lo necesita, y, en cambio, filtra las del Gorbai porque están expuestas á impurificación.

Hay quien habla de la sedimentación, en grandes depósitos y durante largo tiempo, como medio suficiente de depuración. Nadie ha negado que sea un buen recurso para atenuar considerablemente la impurificación bacteriológica del agua, pero nadie ha osado afirmar tampoco, fuera de España, que la sedimentación constituya un medio suficiente para garantizar su pureza é inocuidad. El mismo Houston que tanto lo ensalza y tan perfectamente lo conoce, lo emplea como procedimiento preliminar ó preparatorio de la filtración, porque ha visto que al cabo de cincuenta y siete días de sedimentación, el agua del Támesis que entra en los depósitos con 7.324 bacterias por 1 c. c. (término medio), sale con 631, es decir, con número sobrado para calificarla de sospechosa.

Por cierto, que en el último Report, Houston confiesa que el agua sedimentada durante tanto tiempo,

adquiere con frecuencia sabor repugnante, y que él filtra la que surte á la mayor parte de Londres, y á la parte de población que no puede proveer de agua filtrada (correspondiente al consumo de 2 000.000 de habitantes), la provee de agua tratada por el cloro, con gran satisfacción suya, por haber visto que no comunica al líquido sabor ni olor de ningún género.

Por último, en el número correspondiente á Enero, del *Boletín de Obras Públicas*, he tenido el gusto de leer un artículo de D. José Nicolau, en el que dice que en «la Academia de Medicina se afirmó que una Compañía proveía á Nueva York de 400 millones de metros cúbicos, al día, de agua filtrada».

Si el autor alude al dato que yo expuse en la Real Academia, debo manifestar que yo hablé de *gallons*, no de metros cúbicos, de manera que huelgan las lamentaciones y los cálculos matemáticos que aduce para demostrar la exageración de la cifra, y que, en cambio, podría reservar para explicarnos, cómo un escrito firmado el 15 de Febrero de 1922, aparece en Enero del mismo año. (Véase el encabezamiento del citado *Boletín*.)

El dato de los 400 millones de gallons, lo obtuve hace años, directamente, de la Compañía Constructora American Water Softener C.<sup>o</sup>, de Filadelfia, y ahora añado que otros abastecimientos hídricos de Nueva York son sometidos á la acción del cloro, con lo cual parece evidente que no hay derecho á incluir la mencionada ciudad entre las urbes que no depuran las aguas. En un reciente trabajo, titulado *The History of Bacteriology and its contribution to Public Health Work*, su autor, F. P. Gorham, refiriéndose á la clorinación ó clorificación hídrica, dice: «En 1911, más de 800 millones de gallons de agua, tratada por el cloro, se empleaban, diariamente, en varias ciudades de Norteamérica, entre ellas Brooklyn, Albany, Nueva York, Cincinnati, Columbus, Harrisburg, Philadelphia, Pittsburg, Erie, Hartford, Nashville, St. Louis, Kansas City, Montreal, Ottawa, Baltimore y Minneapolis. En 1918 se calculaba que, en Norteamérica, la cantidad de agua tratada por el cloro excedía de 3.000 (tres mil) millones de gallons diarios.»

Por último, me conviene declarar que yo, en la Real Academia, no he tocado el punto relativo á los métodos de depuración, y que para juzgar afirmaciones expuestas sobre este particular hace nueve ó diez años, es preciso tener en cuenta la experiencia acumulada desde entonces, particularmente con motivo de la guerra mundial.

## HOMENAJE Á GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MÉDICO»

	Pesetas.
Suma anterior.....	1.945,50
D. Carlos Lickfett.....	5,00
Dr. D. Manuel Marín Amat, redactor.....	25,00
Dr. D. Salvador Gutiérrez Macía.....	50,00
Dr. D. Antonio Oliver, de Cartagena.....	25,00
TOTAL.....	2.050,50

(Se continuará.)



Nuestros suscriptores que deseen contribuir al homenaje dirigirán á la Administración sus giros, de los cuales se darán cuenta en números sucesivos.

\* \*

Del Duque de Alba:

Madrid, Abril 12, 1922.

Exmo. Sr. D. Carlos María Cortezo.

Mi querido amigo: Regreso hace dos días de una expedición por Marruecos y contesto la amable circular que he recibido de usted en la que se invita á formar parte de la Junta organizadora del Homenaje á Cajal.

Acepto muy honrado formar parte de dicha Junta, deseando coadyuvar en la medida de mis fuerzas al mayor esplendor de ese homenaje á nuestra gloria nacional.

Me reitero de usted muy afectísimo amigo. — *Alba.*

## Sociedades Científicas.

### REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 21 DE MAYO DE 1921

#### Sobre argirosis generalizada.

El DR. MARAÑÓN dice que los casos de argirosis generalizada son poco frecuentes; que en la literatura médica apenas se encuentran datos sobre esta curiosa intoxicación, lo cual le mueve á disertar sobre un interesante caso, de cuyo estudio histológico de la alteración cutánea, se encargó el doctor del Río Hortega, aprovechando la ocasión de ocuparse también de otro caso observado hace tiempo.

La argiria ó argirosis puede ser local ó general; tanto una como otra son de origen medicamentoso ó de origen profesional.

La primera se observa en diferentes sitios de la superficie cutánea ó mucosa, á consecuencia de toques prolongados con nitrato de plata; y la segunda puede originarse por cualquiera de estas causas locales, merced á la absorción cutánea ó mucosa del producto argéntico, si bien se debe casi siempre á la ingestión profesional ó medicamentosa de dicho producto, como ocurre con los obreros que platean perlas de cristal, joyeros, empaquetadores de barras de nitrato de plata, los cortadores de láminas de plata...

Explica luego la manera de producirse la argirosis, para lo cual son precisas grandes cantidades de plata, ya por ingestión, ya por penetración intramuscular; detalla la patogenia del mal y añade, que conociendo la enfermedad, es imposible confundirla con ninguna otra, pues el triste azulado metálico de la pigmentación pone en seguida sobre la pista, confirmandose en seguida el diagnóstico por la anamnesis. Pero la rareza excepcional del proceso es causa, á veces, de que no esté en la mente del práctico y dé lugar á diagnósticos erróneos. Parece que el único error posible es el de la melanodermia addisoniana, sobre el cual insiste Cabot considerando: 1.º, el tono acerado, gris azulado de la argirosis, tan distinto de la tonalidad parda, broncea, de la insuficiencia suprarrenal; 2.º, la uniformidad de la argirosis, contrastando con la disposición en «rafages» ó «paños» de dicha melanodermia, sembrada de pequeños puntos oscuros, como

«lunares» diminutos, y aun, muy frecuentemente, de «lunares» grandes; 3.º, la argirosis no afecta más que la parte de la mucosa expuesta á la luz; por ejemplo, el borde de los labios, respetando la cara interna de éstos y de las mejillas, que es, como se sabe, el lugar típico de las manchas mucosas del addisoniano; 4.º, en la argirosis, las partes del cuerpo cubiertas están respetadas por la pigmentación, faltando, por lo tanto, las localizaciones características del mal de Addison, como los pezones, los genitales externos, las partes oprimidas por ligaduras (cuello, cintura, ligas, etc.); 5.º, en las manos, la argirosis tiene también una pigmentación uniforme, como un guante, y no, como en el addisoniano, una melanodermia, principalmente dorsal, con lunares del tamaño de lentejas é integridad de la palma, salvo los pliegues que se oscurecen dibujándose como líneas negras, muy características; 6.º, en el argirósico falta la hipotensión, la astenia, los síntomas digestivos y neurósicos del addisoniano. Téngase; empero, en cuenta, que el argirósico puede ser por las razones estéticas antes apuntadas, retraído y psicasténico; 7.º, la evolución es muy benigna en la argirosis y grave en los addisonianos; 8.º, en el argirósico falta la linfocitosis, casi constante en el addisoniano (Marañón), y la hipoglucemia.

Es prácticamente imposible la confusión con otros procesos melanodérmicos, con ciertos lupus, con la cirrosis bronqueada, con la melanodermia fisiológica, etc.

El Dr. Marañón expone luego las dos observaciones clínicas que le han servido de motivo para su estudio sobre la argirosis generalizada. 1.ª Se trata de un hombre de cuarenta y ocho años, que ingresa en el hospital con el diagnóstico dudoso de enfermedad de Addison; bien examinado resulta, que hace años á consecuencia de una supuesta úlcera gástrica se le administraron píldoras de nitrato de plata, después de lo cual, su rostro comenzó á oscurecerse. Se le trató con yoduro potásico, régimen lácteo etc. Un año después ingresó como tuberculoso pulmonar con la argirosis en igual estado. 2.ª Se refiere á una mujer de cuarenta y un años, soltera. Aqueja fenómenos neurósicos y dispépticos y ha sido sometida á varios tratamientos, entre ellos una solución de nitrato argéntico, que tomaba á cucharadas; algún tiempo después comenzó la pigmentación cutánea, hasta el actual momento, a su ingreso en el hospital con el diagnóstico de probable enfermedad de Addison. La pigmentación es absolutamente típica del estado argirósico. Practicada una biopsia en la piel de la porción inferior del antebrazo derecho, una parte fué sometida á análisis químico, hecho por el Dr. Sarri, obteniéndose las reacciones de la plata francamente positiva, y otra porción fué fijada y examinada al microscopio por el Dr. del Río Hortega, cuyas preparaciones confirmaron la presencia de la plata, con la particularidad de la abundancia de melanina en las células epidérmicas y de las granulaciones premelánicas de la epidermis, indicadoras, tal vez, de condiciones fisiológicas especiales de esta piel, quizá relacionables con la intoxicación argéntica y que convendrá comparar cuando haya ocasión de observar nuevos casos de argirosis.

El Dr. SIMONENA dice: Es verdaderamente casual que haya tenido que ver, al mismo tiempo que el Sr. Marañón, otro caso de argirismo, que, por lo raros que son, creyó que era el mismo caso. Se trata de un joven mejicano, de veintiséis años, que se presentó en su consulta, por creerse tener la enfermedad de Addison; se apreciaron en él unas placas oscuras é irregulares, que daban al rostro un aspecto jaspeado sumamente extraño; pero hay que advertir que no era primitivo, sino secundario al uso de tópicos, á los que acudía para limpiarse la cara, siendo el más enérgico la pomada mercurial, á cuya acción se debía, sin duda, que el



obscurecimiento fuera por placas, ya que por lo visto consiguió aclarar en algunos puntos la piel, antes uniformemente obscura. Sospechó la posibilidad de una disociación del síndrome addisoniano, y el resultado de su estudio fué negativo; buscó cuidadosamente la inestabilidad termoesfígmica como síntoma precoz de la tuberculosis, y nada; el examen detenido del aparato respiratorio así como el del sistema linfático, dió igualmente resultado negativo; las tensiones arteriales, normales; ni astenia ni dolores lumbares existían en el enfermo.

Dió el caso que el joven marchó á París, y al regresar le manifestó que desde hace año y medio se practicaba diariamente una inyección uretral de argirol para evitar la blenorragia, resultando curioso el que las placas melanodérmicas no se presentaron hasta medio año después. De donde resulta que se trata de un caso por intoxicación, y suplica á los especialistas en enfermedades de las vías urinarias, dijeran si conocen algún caso de esta índole, después de un empleo prolongado del compuesto argéntico con fines terapéuticos ó profiláxicos.

El DR. MÁRQUEZ añade datos respecto al uso de los medicamentos argénticos, si así pueden llamarse, puesto que en este caso no son tales medicamentos, sino más bien sustancias tóxicas, por lo cual el uso al interior del nitrato de plata es siempre un abuso, puesto que nunca ha servido para nada bueno, y en cambio, cuando ha producido algo, es estos malos efectos. Ahora bien; no ocurre lo mismo como medicamento local, pues resulta uno de los más estimados en la especialidad oftálmica, el argirol, por ejemplo, en la oftalmía purulenta del recién nacido, en la blenorragia del adulto, en las afecciones conjuntivales agudas, no en las crónicas que agravan el padecimiento, produciéndose la argirosis local, en cuyo caso va depositándose la plata, reducida por la acción de la luz y en contacto con las sustancias orgánicas, en los sitios más declives precisamente en el fondo de saco conjuntival inferior.

Se dice: la argirosis se evita neutralizándose con una disolución de cloruro sódico; se disminuirá, sí, pero no se evita; por eso no debe usarse en el tracoma ni en otras conjuntivitis crónicas, á no ser que se agudicen con secreción mucopurulenta, y de emplearse ha de ser durante poco tiempo para evitar la argirosis.

El Dr. Márquez añade que la argirosis local es un hecho, y lo es, porque constantemente se abusa de las soluciones de nitrato de plata, que producen irritación crónica, que no desaparece nunca, y el resultado es el depósito de la plata reducida, cuyas incrustaciones producen constantemente un estímulo, ocasionando, por acción refleja, lagrimeo, fotofobia, etc., síntomas molestos producidos por la argirosis. Que en lo que se refiere al aparato de la visión, existen dos clases de argiria completamente diferentes: la debida á la plata reducida, que es incurable por ser ésta insoluble; y la argirosis, curable, como pudo apreciarlo en el segundo caso clínico. Era una muchacha de Valdepeñas, que fué á su consulta del Hospital del Buen Suceso, al día siguiente de ocurrida la acción nociva del nitrato de plata, en circunstancias bien excepcionales, porque parece que se conjuraron todos los elementos para agravar el caso. El médico la había hecho el raspado de unos granulaciones empleando la cocaína *larga manu*. Como se sabe, éste alcaloide tiene la propiedad de reblandecer el epitelio corneal. Hecho el raspado, aquél empleó una solución concentrada de nitrato de plata; le vendó los ojos; la enferma tuvo dolores toda la noche, y al siguiente día le levantó el vendaje, y debió quedarse aterrado al ver las dos córneas casi totalmente blancas. La enferma vino inmediatamente á Madrid; se presentó en la consul-

ta, y al apreciar el hecho tal como debió ocurrir, sacó en consecuencia de ser la mancha de albuminato y de cloruro de potasa, y entonces se le ocurrió emplear disolventes de estas sustancias, acordándose de la fotografía. Rechazó el amoníaco, por su causticidad; el cianuro, por su toxicidad, y aprovechó el hiposulfito sódico. Procedió del siguiente modo: cocainización de un solo ojo, para que el otro sirviera de testigo; raspado suave con el dorso de la cucharilla de Graefe, y de cierta altura dejar caer una solución caliente de hiposulfito sódico al 5 por 100. Por momentos se iban disolviendo las partículas de albuminato de plata y cloruro de plata y la córnea quedaba casi transparente. Por aquel entonces se celebraba en Madrid el II Congreso Español de Cirugía y presentó el caso, y al poco tiempo hizo la misma operación en el otro ojo, obteniendo análogo resultado; total, que los ojos quedaron completamente naturales.

De todo lo cual deduce el Dr. Márquez que los malos efectos del nitrato de plata, si se acude pronto, pueden ser corregidos; no así cuando existe la impregnación de la conjuntiva por la plata misma reducida é insoluble, en que ya no tiene tratamiento de ninguna especie.

El DR. BOTELLA recuerda un caso de cuando era interno del Colegio de San Carlos. Se trataba de un enfermo de tabes, en el cual se habían ensayado toda clase de remedios, y por último, considerando que estaba verdaderamente acostumbrado á todos, entre ellos á tomar de 30 á 40 gramos de yoduro potásico, el malogrado Dr. Polo, jefe de la sala, le dió unas píldoras de nitrato de plata (no recuerda la dosis), pero sí que le produjo una argirosis generalizada intensísima en las partes expuestas á la luz. El resultado terapéutico fué nulo y en cambio se produjo la argirosis.

El DR. GONZÁLEZ ALVAREZ manifiesta que es muy oportuna la comunicación sobre argirosis, presentada por el doctor Marañón y la observación del Dr. Simónena, porque en ella se da á conocer á la clase medica esta pigmentación de la piel, que es tan rara y poco observada por la mayoría de los médicos. Le ha movido á pedir la palabra por haber usado durante varios años en la Inclusa y fuera de ella, el argirol en todos los casos de conjuntivitis. Sabida es la frecuencia y gravedad de la de los recién nacidos que la Inclusa cobija, á la que se debe la mayoría de los ciegos.

Sistemáticamente ha hecho uso del argirol al 10 y al 20 por 100, según la gravedad de la conjuntivitis, en instilaciones en la conjuntiva cada dos horas en los casos más intensos (blenorragia), hasta dos veces al día en los ligeros, y cuando la curación se halla avanzada, y nunca ha lamentado desastre alguno. Así se comprende que tuvo que hacer *larga manu* de este preparado de plata durante mucho tiempo, y sin embargo, ni en la esclerosis, ni en la piel observó nunca la argirosis en los niños, á pesar de que la superficie de absorción es mayor de lo que á primera vista parece puesto que el argirol pasa por los conductos lagrimales y nasal.

Termina diciendo que el caso expuesto por el Dr. Simónena es muy elocuente porque demuestra que no es preciso para la producción de la argirosis cutánea la absorción intestinal, que puede tener efecto sobre cualquier mucosa, como sucedió en su caso en la uretra.

Refiere el de una señora de más de cincuenta años, que el continuado uso de un colirio de nitrato de plata, le produjo la argirosis de la conjuntiva y esclerótica, cuya coloración hacía un efecto muy raro.

Y se pregunta: ¿Será más difícil la producción de la argirosis en los niños, como parece desprenderse de la observación en la Inclusa? ¿Dependerá aquella dificultad de las diversas condiciones anatomofisiológicas que existan entre la piel del niño y la del adulto?



El Dr. MARAÑÓN da las gracias á cuantos han intervenido en la discusión sin tener nada que rectificar.

DR. CESALDO

## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del 21 de Febrero de 1922, bajo la presidencia del Excelentísimo Sr. Dr. D. Angel Fernández Caro.

Se aprobó el acta de la sesión anterior, que fué leída por el secretario general, D. Nemesio Fernández Cuesta.

El Dr. Decref continuó su discurso empezado en la sesión anterior acerca del tema «Saneamiento de las aguas de Madrid», insistiendo en la necesidad de investigar el origen de las enfermedades, y recuerda que en Sevilla, por un artículo que él escribió, se cerraron los caños de Carmona, con lo que se terminó una epidemia de fiebre tifoidea.

Hay que reconocer que la higiene de Madrid ha mejorado entre otros motivos por haber perfeccionado el alcantarillado, gracias al auxilio del Estado que en esto emplea bastantes millones.

Dice que en Berlín hay muchas señoritas que aprenden mecánicamente á examinar los cerdos para evitar la triquinosis, y si esto lo hacen allí personas que no son técnicas, aquí los médicos de partido, cuya ilustración encomia, estima que están suficientemente capacitados para hacer análisis microscópicos en todo lo que haga falta.

¿En qué consiste que las endemias de origen hídrico continúen, á pesar de la purificación de las aguas? En los pueblos de la vecina sierra, en los del Norte de España y en los del Mediodía de Francia se padecen tifoideas, á esos sitios va la gente á veranear, y unos vienen con la enfermedad á Madrid y otros son portadores de gérmenes. La leche que procede de pueblos infectados mezclada con agua puede ser propagadora del mal. El pan manoseado por portadores de gérmenes puede propagar la endemia del mismo modo que las hortalizas y verduras que citaba el Dr. Mariscal. Todo esto demuestra la necesidad de una educación higiénica. Alude al Dr. Yagüe para que dé su opinión como especialista, ya que el Dr. Mariscal afirmó que hay enfermos de estómago que se curan con el uso de bebidas de las aguas de los antiguos viajes de Madrid.

Interviene en la discusión el Padre Redondo, y dice que, aunque él no es técnico en estas materias, ha leído en un libro traducido del alemán, que los agentes patógenos externos no se desarrollan cuando encuentran un organismo fuerte, vigoroso y sano, por cuya razón entiende que procurando por todos los medios vigorizar á la humanidad se evitarán las enfermedades, y á este fin desea se establezcan baños públicos gratuitos.

El Dr. Yagüe y Espinosa considera que no deben englobarse en un solo concepto todos los viajes antiguos de Madrid, porque no se puede comparar la fuente de la Reina con el alto Abrofigal, la fuente del Berro y otras. Algunos, no todos los viajes antiguos, vienen infectados.

Hace poco más de un año aparecieron numerosos casos de fiebre tifoidea comprobada por hemocultivos en habitantes de la calle de Hortaleza y sus cercanías por beber agua del viaje de la Castellana. Como caso demostrativo cita el caso de una cliente suya que bebía agua de la fuente de los Galápagos y enfermó, en tanto que toda su familia que usaba la de Lozoya, no la padeció. Los clínicos afirmaban la existencia de la fiebre tifoidea y los laboratorios la negaban, y hasta que la mortalidad la demostró no se cerraron las

fuentes. Elogia las modificaciones ventajosas que se han hecho en el canal. Habla del río Guadalix que fué contaminado en Miraflores, pueblo que tiene un alcantarillado defectuoso cuya corriente va en dirección del río, lo que es un peligro constante para la salud. El agua del Guadalix no mezcla sus aguas con las de Lozoya, afortunadamente.

El canal de Santillana, cuyas condiciones de embalse son muy defectuosas, se infecta con facilidad y opina que sólo se debían utilizar para usos industriales.

Unó de los proyectos de la Compañía Madrileña de Urbanización fué dotar á Madrid con aguas del Jarama. La captación que se hizo defectuosa hubiera sido un peligro; pero, por fortuna, no se ha llevado á efecto y cree que sólo existe una fuente en las Ventas. Ofrece peligros casi toda la leche que viene á Madrid de los pueblos próximos. Cree también que se habla de fiebre tifoidea en concepto clínico comprendiendo en este diagnóstico el paratífus A., B., y aun el C. Contestando á la alusión dice: ¿Son las aguas de los viajes antiguos convenientes ó necesarias para la digestión? Las investigaciones del Dr. Casares respecto al agua de Galápagos permiten afirmar que es impotable.

Cree buenas para la digestión las aguas finas con alguna mineralización como las del Lozoya, puede en algún caso el agua gorda ser beneficiosa á los hiperclorhídicos. Cree que deben cerrarse las fuentes que vengan contaminadas, pero las otras, no.

El Dr. Lasbennes considera que la Higiene pública es una acción social integrada por muchas ciencias, la Ingeniería, la Arquitectura, la Entomología. En el año 1870 los coeficientes de mortalidad eran enormes en toda Europa.

Viena en el año 1873 hizo una gran modificación en su traída de aguas, con lo que consiguió que bajara el coeficiente del 40 por 1.000 al 29, y esto ha pasado en todas las poblaciones que han conseguido un buen abastecimiento de agua. Dirige una entusiasta felicitación á los ingenieros por la importancia de sus trabajos realizados en favor de la higiene, porque el verdadero progreso de las ciencias está en la cooperación de todas.

El agua, la luz y el aire son los factores de la salud y hasta de la terapéutica. El agua, además, arrastra los detritus de las poblaciones á sitios en donde se purifiquen con el aire y con la luz. Por esta razón cuanta más agua pueda llevarse á una población, mucho mejor. Para demostrar la cantidad de agua que necesita Madrid para arrastrar los detritus de sus habitantes basta considerar que son 105 toneladas de heces fecales diarias y 900 de orina, á lo que hay que añadir las aguas sucias de lavaderos, cocinas, etc.

Con la traída de aguas de Lozoya bajó la mortalidad general de un 0,40 á un 0,30 por 1.000.

Los autores alemanes aceptan como cifra normal el 0,25 por 1.000.

En Madrid teníamos el año 1901 el 0,44. El promedio del primer quinquenio, á partir de dicha fecha fué el 0,40; el segundo, 0,30; el tercero, 0,28; el cuarto, 0,22. El año 1918 ascendió á 0,25 por la gripe. En 1919 á 0,32, el 1920 á 0,60, el 1921 á 0,38.

Tiene la firme convicción de que no ha existido epidemia de fiebre tifoidea, sino una exacerbación de la endemia por que las epidemias ascienden rápidamente, pero nunca descienden con esta rapidez.

Además de la fiebre tifoidea producida por el bacilo de Eberth, hay el paratífus A., el B. y el C., y dentro de poco se llegará al Z.

Invitado por el señor presidente por haber transcurrido las horas de reglamento, se levantó la sesión, quedando en el uso de la palabra para la próxima.



## Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

Sesión celebrada el 3 de Febrero en el Colegio de Médicos,  
bajo la presidencia del Dr. Sáinz de Aja.

### Presentación de enfermos.

Dr. Sicilia.—Nos enseña dos enfermos, uno típico de lepra y el otro para que sirva de comparación, el cual, á su parecer, aunque ha sido diagnosticado de lo mismo por otros dermatólogos, él opina se trata de un eritema multiforme de origen específico, por lo bien que reacciona al tratamiento silbersalvarsán. El Dr. Sicilia termina haciéndonos algunas consideraciones sobre la confusión á que pueden dar lugar estos enfermos.

En la discusión interviene el Dr. Sáinz de Aja para decir que el enfermo en cuestión estuvo en nuestro servicio diagnosticado evidentemente de específico y, además, con un brote de eritema polimorfo que curó también á la perfección; pero que posteriormente, y pasado ya algún tiempo, volvió á consultarnos, ofreciéndonos un cuadro clínico tan clásico de lepra, que, sin duda de ninguna clase, motivó que le enviásemos inmediatamente al pabellón especial de esta clase de enfermos. Hágale el Sr. Sicilia biopsia y se convencerá.

El Dr. Castelo confirma lo anteriormente dicho, y el doctor Sicilia, al rectificar, insiste en que le faltan cosas clínicas para inclinarse en este sentido totalmente.

### Enfermos tratados con sales de bismuto.

Dr. Sicilia.—Son dos específicos vulgares, á los cuales les ha puesto: salicilato de bismuto y cerio á uno, el cual ha respondido lentamente, y fosfato de bismuto al otro, que ha mejorado más rápidamente. Se propone el Dr. Sicilia seguir ensayando esta clase de medicaciones.

### Tabes juvenil congénita.

Drs. Bejarano y Covisa.—Es un enfermo de veinte años que como antecedentes familiares tiene el que un hermano suyo, que también ha sido explorado, tiene anisocoria, ligera exaltación de los reflejos tendinosos, sordera y Wassermann positivo. El enfermo presenta el testículo derecho muy abultado, duro, liso, indoloro, rigidez pupilar á la luz y reacción perezosa á la acomodación, anisocoria, Romberg muy intenso, reflejos tendinosos abolidos, reflejos cutáneos muy exaltados, signo de Pitres, con trastornos subjetivos, dolores fulgurantes en las piernas, sensibilidad táctil disminuída, hipoalgesia evidente en extremidades inferiores; como estigmas degenerativos presenta pabellones auriculares despegados en asa, cifoescoliosis y escápulas escafoideas. Wassermann en sangre positivo, Nonne-Apelt positivo, Pandy positivo, Noguchi indicios, Wassermann con 0,2, negativo con 0,5, 1 y 2 c. c. positivo, Langue 1 2 3 3 2 1 0000, Benjuí coloidal precipitado parcial en los tubos segundo y tercero (reacción de cinco tubos). Estos son los datos más importantes de la historia completa que el Dr. Bejarano nos hace del enfermo, el cual considera interesante por tratarse de una afección, la cual muchos de los casos de los publicados pertenecen á la era anterior á los análisis de líquido y han sido incompletamente estudiados; por la coexistencia de la tabes con una lesión sífilítica activa, también de origen congénito (orquitis esclerogomosa); por la existencia de varios estigmas degenerativos y porque demuestra la importancia de la investigación familiar en estos enfermos, confirmada por los síntomas que presenta el hermano.

Los Dres. Sicilia y Castelo intervienen brevemente para felicitar á los Dres. Bejarano y Covisa, y el Dr. Sáinz de Aja nos añade un caso más, que fué visto por él, de un tabético que bien tratado raquídeamente tenía un goma de faringe.

### Las reacciones coloidales del líquido cefalorraquídeo.

Drs. Covisa y Bejarano.—Han emprendido la preparación de la solución de oro coloidal con cierta desconfianza, dado los fracasos de que tenían noticia. Se han ajustado estrictamente á la técnica indicada por Eskuchen, y declaran que si bien es cierto que dicha preparación exige especiales cuidados como la tridestilación del agua, etc., etc., ellos han conseguido siempre la obtención de buenas soluciones de oro coloidal. Han empleado también paralelamente la reacción del benjuí coloidal preconizada por Guillain y Laroche, deduciendo hasta el presente que es de un positivo valor práctico y más sencilla que el Lange, teniendo la impresión de que podrá llegar á sustituir á ésta. Han practicado simultáneamente el Lange y el benjuí en 21 casos y los resultados de ambas reacciones han coincidido de un modo absoluto en 18. Ambas reacciones y todas las demás del líquido han resultado negativas en un caso típico clínicamente de tabes dorsal; en cambio, ni en un solo caso de parálisis general han dejado de obtener reacciones positivas. Por lo que se refiere al benjuí han empleado siempre la reacción simplificada con cinco tubos. Incidentalmente indican con motivo de una discusión habida últimamente en esta Sociedad que investigan sistemáticamente el Wassermann en sangre y en líquido en todos los sífilíticos, y en once casos de sífilis secundaria han obtenido en la totalidad resultados positivos en la sangre y en el líquido, diez negativos y un positivo debiendo advertirse que éste correspondía á un enfermo con alopecia y sífilide pigmentaria, por lo que opinan que el Wassermann del líquido positivo debe ser considerado por el sífilógrafo como indicio de una lesión actual del sistema nervioso, y no como un simple fenómeno de impregnación tóxica generalizada del organismo.

Dr. Calvín.—Habla de la preparación del agua destilada que va á servir para la obtención del oro coloidal, y dice no cree de absoluta necesidad se destile por tres veces, siendo perfectamente suficiente una bistelidación. No está asimismo conforme con la opinión sustentada por el Dr. Covisa, en cuanto á la solución de oro coloidal sea de fácil preparación. Sostiene que también á él le ocurrió hace cinco ó seis años cuando preparó por primera vez este reactivo, que le sorprendió la facilidad con que obtuvo una solución que poseía todas las propiedades exigidas, pero pudo convencerse luego de que aquello fué una cosa puramente casual, porque empleando exactamente el mismo método de preparación y los mismos reactivos, ha obtenido fracasos repetidos que le han obligado á ensayar múltiples procedimientos de preparación, llegando á persuadirse de que actualmente no existe un procedimiento que permita obtener la solución de oro coloidal con todas las condiciones requeridas para la ejecución de la reacción de Lange de una manera absolutamente segura y constante. Son tantos los factores que intervienen en los resultados obtenidos que, aun sujetándose á una rigurosa técnica verdaderamente meticulosa, hay que resignarse á conseguir solamente un tanto por ciento más ó menos considerable, pero siempre limitado de buenas soluciones, y esto con el empleo de cualquiera de los métodos hoy conocidos. Que un procedimiento dé en manos de un autor buenos resultados y fracasos en manos de otro, se explica sencillamente por las condiciones del material, de las diversas marcas comerciales de los reactivos, de la composición química, del agua, etc., etc., en que cada uno trabaja.



Pero, aun operando aparentemente en igualdad de condiciones y preparando á continuación y en el mismo día varias veces el reactivo, ocurre que se obtienen soluciones de propiedades físicas esencialmente diferentes.

Tocante á la conservación de las soluciones de oro buenas, dice el Dr. Calvin que él no ha visto que se alteren en pocos días. Muy al contrario, practicando la reacción de Lange con oro coloidal preparado un año antes y haciéndola con líquidos cefalorraquídeos pedidos al Hospital para sus cursos y procedentes de paráliticos generales y de enfermos con otras afecciones, han obtenido siempre curvas características. Cree, pues, que las soluciones que se alteran es porque no están bien preparadas ó bien conservadas. Repartidas las soluciones, que resultan perfectas, en matraces de vidrio de Jena estériles, de una capacidad de 100 á 200 gramos, bien cerrados con parafina y protegidos de la luz, el oro coloidal se conserva con todas sus propiedades mucho tiempo. Si á las dificultades de preparación del reactivo se unieran las que dice el Dr. Covisa, referentes á la conservación, la reacción de Lange no podría ser hecha por nadie.

Se muestra conforme con el Dr. Covisa en cuanto á la coincidencia de los resultados de la reacción del oro y la del benjuí coloidal, pero estimando que de modo análogo á lo que ocurra con la reacción de Wassermann tipo y los métodos abreviados, la reacción del oro es también la que hasta la fecha ha sido mejor conocida y estudiada y que el número de casos en que se ha ensayado es mucho mayor, razones todas que por el momento dan á esta reacción superioridad á la del benjuí. La ventaja de esta última es la facilidad de preparación del reactivo necesario, por lo que es recomendable persistir en el número de ensayos comparativos hasta llegar á la completa seguridad de que sus resultados son por lo menos equivalentes á los de la reacción de Lange, pero actualmente parece prematuro establecer con carácter definitivo este juicio. Coincide con el Dr. Covisa en que la primitiva técnica de la reacción del benjuí es superflua y que el procedimiento de los cinco tubos da resultados satisfactorios con una mayor simplicidad de ejecución. Respecto á las cantidades del líquido que deben emplearse para la reacción del Wassermann, el Dr. Calvin encuentra que no son del todo prácticas las que aconseja el Dr. Covisa por la razón de que el líquido cefalorraquídeo como todo líquido orgánico y principalmente si es albuminoso, empleado en la gran cantidad de hasta 2 c. c. que quiere el Dr. Covisa, puede fijar por sí mismo el complemento aunque la sífilis no exista exponiendo á resultados erróneos y haciendo indispensable el uso de un tubo testigo que contenga el líquido solo, y claro está que si como hoy día es lo usual se practica la reacción con varios antígenos á la vez, resultarían necesarias cantidades enormes del líquido cefalorraquídeo para las diversas reacciones que siempre se piden al laboratorio practique en un líquido sospechoso.

Cree el Dr. Calvin que con la dosis de 0,5 c. c. de líquido cefalorraquídeo, que Wassermann mismo aconseja utilizar, habrá que conformarse en la mayoría de los casos, por los motivos indicados, y que la sensibilidad de la reacción depende más del uso de un buen antígeno que de la cantidad de líquido que se emplee.

Dr. Coca.—Coincide en todo lo que se refiere á la delicadeza de preparación de la solución del oro coloidal. Por esta causa y la mayor claridad de lectura de los resultados, cree que la reacción del benjuí, cuya solución se prepara fácilmente y con resultados constantes, sustituirá fácilmente á la reacción de Lange. Mi experiencia de estudio comparativo de las dos reacciones está hoy limitada á tres casos, con resultados perfectamente paralelos. Los autores que la

han estudiado, los franceses principalmente, dan esta opinión.

La reacción de Wassermann en líquido cefalorraquídeo, debe practicarse con cantidades superiores á 0,5; yo empleo generalmente 0,4, 0,6, 0,8 y 1 c. c. y en más de un caso he visto hemolisis en el tubo primero, retardo en el segundo y fijación en el tercero y cuarto, más completa en el último. Tengo la evidencia de que con 0,5 se obtendrán reacciones negativas, que serían positivas empleando 1 c. c.

Yo jamás he observado fijación espontánea del complemento por el líquido cefalorraquídeo y eso que en estudios he llegado á emplear dosis muy altas, hasta superiores á 2 c. c. La técnica de dosis progresivas no está impedida por ningún elemento, ya que lo que pudiera entorpecerla, como en el suero, la existencia de amboceptor hemolítico natural no existe. Claro está que no por esta seguridad debe prescindirse de los correspondientes testigos.

Dr. Sáinz de Aja.—Habla solamente refiriéndose á la indicación que ya en otras sesiones hizo de haber encontrado Wassermann positivos (Dr. Arcaute) en sífilíticos secundarios floridos que fácilmente desaparecían con tratamiento venoso, habiéndolo atribuido á una impregnación total del organismo pero sin que él pueda asegurar sea un hecho serológico siempre cierto.

Dr. Covisa.—Rectifica. Dice que la obtención del líquido coloidal no ha dicho sea sencilla, pero sí delicada, y que á ellos no les ha sucedido las dificultades que otros, decían. Respecto á la conservación de las soluciones, á ellos positivamente se les ha estropeado á los veinte ó veinticinco días dependiendo quizá esto de las distintas técnicas á emplear para conseguir su obtención. Está conforme en que la reacción de Lange es por hoy de más autoridad que la del benjuí. No coincide en la cantidad del líquido que emplea el Dr. Calvin para la reacción del Wassermann y le augura que con 5 décimas tendrá resultados negativos en líquidos de Wassermann positiva.

DR. BARRIO DE MEDINA.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,2, ídem mínima, 707,5; temperatura máxima, 16°,3; ídem mínima, 2°,3; vientos dominantes, NO.

Los fríos sobrevenidos en los últimos días han hecho que se recrudezcan los afectos catarrales y congestivos de las vías respiratorias, afectando formas agudas y determinando complicaciones congestivas en el curso de los padecimientos crónicos de los aparatos circulatorio y respiratorio.

Sigue en los niños disminuyendo el sarampión y la escarlatina.

### Crónicas.

Hospital de San Juan de Dios de Bogotá.—Un ilustre profesor colombiano, el Dr. Víctor Ribón, colaborador en esta revista, nos envía desde Bogotá el cuadro de doctores que forman el servicio científico del Hospital de San Juan de Dios de aquella ciudad, que lo componen los doctores D. Juan David Herrera, inspector técnico; D. José María Lombana, profesor de Clínica interna; D. Roberto Franco, profesor de Clínica interna y enfermedades tropicales; don Miguel Canales, profesor de Clínica general; D. Miguel Rueda, profesor de Clínica obstétrica; D. Agustín Uribe, profesor de Clínica quirúrgica; D. Andrés J. Richard, director del Laboratorio de Radiología; D. Federico Lleras, direc-



tor del Laboratorio de las Clínicas; D. Pompilio Martínez, profesor de Clínica quirúrgica; D. Rafael Ucrós, profesor de Clínica ginecológica; D. Zoilo Cuéllar, profesor de Clínica de enfermedades urogenitales; D. Jaime Jaramillo, jefe de Clínica quirúrgica; D. Jorge Cavellier, jefe de Clínica ginecológica; D. Luis Patiño, jefe de Clínica de enfermedades urogenitales; D. Juan Corpas, profesor de Clínica general; D. Guillermo Márquez, profesor de Clínica infantil; D. Víctor Ribón, jefe de Clínica de órganos de los sentidos, y don José Uribe, profesor de Clínica dermatológica.

**Cursillo de Terapéutica gastrointestinal.**—El doctor G. Leven dará en el Hotel-Dieu (clínica del Dr. Causade), un curso de seis lecciones, el miércoles, 3 de Mayo, y los miércoles siguientes, á las diez y media (anfiteatro Dupuytren), que versarán sobre las siguientes materias: «El régimen alimenticio general y sus modalidades», «Terapéutica en cinco medicamentos», «Terapéutica mecánica (corsés, cinturones, gimnasia respiratoria)».

**Distinción merecida.**—Por Real decreto de 5 de Abril, publicado en la *Gaceta* del 8, y á propuesta del ministro de Marina, S. M. el Rey ha concedido al inspector del Cuerpo de Sanidad de la Armada D. Adolfo Núñez Suárez la Gran Cruz de la Orden del Mérito Naval.

Nuestra enhorabuena.

**Segundo curso de cardiología.**—En la Facultad de Medicina ha comenzado el segundo curso de ampliación de estudios de cardiología.

Las conferencias se dan en la cátedra primera de San Carlos, á las seis de la tarde.

La del miércoles estuvo á cargo del Dr. Calandre, que desarrolló el tema «Orientaciones actuales de la cardiología».

La del día 20, á cargo del Dr. Alvaro Gracia: «Síndromes dolorosos cardioaórticos».

La del día 21, á cargo del Dr. Calandre: «Significación clínica de las arritmias».

En los días que á continuación se expresan disertaron los doctores siguientes:

Día 24.—Dr. Alvaro y Gracia: «Cardiopatías agudas».

Día 25.—Dr. Simonena: «Síndromes cardiorrenales».

Día 26.—Dr. Corral: «Relaciones patológicas entre corazón y pulmones».

Día 27.—Dr. Recasens: «Cardiopatías y embarazo».

Día 28.—Dr. Espina: «Vejez cardioarterial prematura».

En Mayo.—Día 1.—Dr. Marañón: «Síntomas circulatorios en las afecciones endocrinas».

Día 2.—Dr. Hernando: «Fundamentos farmacodinámicos de la terapéutica cardiovascular».

Día 3.—Dr. L. Elizagaray: «Indicaciones y contraindicaciones de la digital».

Día 4.—Dr. Goyanes: «La cirugía de los vasos en la clínica y en la experimentación».

Día 5.—Dr. Mut: «Terapéutica general de las cardiopatías».

**Lecciones prácticas.**—Dr. Alvaro y Gracia.—Técnica clínica. Hospital de la Princesa. Salas de Santa Lucía y San Mateo. De nueve y media á once. Diaria.

Dr. L. Durán.—Técnica clínica. Hospital Provincial. Sala 33. De nueve y media á once. Diaria.

Dr. Calandre.—Poligrafía y Electrocardiografía.—Hospital Provincial. Sala 31. De nueve y media á once. Días alternos.

Dr. Corral.—Métodos de laboratorio y sus aplicaciones clínicas. Hospital de San Carlos. Clínica del Dr. Simonena. De nueve á once. Días alternos.

Dr. Madinaveitia.—Examen radiológico. Hospital Provincial. Sala 31. De nueve y media á diez y media. Días alternos.

**Observaciones.**—Las conferencias se darán en la cátedra primera de San Carlos, y serán públicas, á las seis y media de la tarde.

Para las lecciones prácticas es necesario matricularse previamente en el curso. La matrícula, que es gratuita, puede hacerse dirigiéndose verbalmente, ó por escrito, al doctor Calandre, paseo de la Castellana, 66, antes del día 15 de Abril.

**Bien venido.**—Hemos tenido la satisfacción de abrazar á nuestro querido amigo y redactor el ilustre psiquiatra D. César Juarros, quien después de cumplir puntualmente sus deberes como médico militar permaneciendo medio año en Africa, con los naturales perjuicios y abandono de su dis-

tinguida clientela, ha tenido la licencia absoluta para poderse dedicar de lleno al cultivo de la Ciencia y de la profesión.

Esta conducta del Sr. Juarros es bien digna de alabanza ya que su separación del servicio ha sido pedida después de haber llenado sus deberes de ciudadano y de militar. Sea bien venido.

**Liga de Sociedades de la Cruz Roja.**—Ha salido para Ginebra, con objeto de asistir á las reuniones del Consejo general y del de gobernadores de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, el comisario de la Española, general don Eladio Mille y Suárez, y el inspector general de la misma, don José María Semprún y Pombo.

**Muertos de peste en un vapor.**—Partes procedentes de Londres dan cuenta de que á consecuencia de la peste, han muerto tres tripulantes del vapor *City of Genna*, que llegó á Plymouth procedente de la India.

Los cadáveres fueron arrojados al mar durante la travesía.

**Purlaxina.**—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana, de Madrid (Carrera de San Gerónimo, 1), cuya lectura recomendamos.

**La litiasis urinaria**, por D. Angel Pulido Martín. Estudio clínico de los cálculos del aparato urinario y su tratamiento. Segunda edición, corregida y aumentada. Precio, 10 pesetas en todas las librerías.

**LIBROS DE MEDICINA FRANCESES.**—Venta en francos. Condiciones especiales. Catálogos, bibliografías de cada especialidad. Dirigirse á la LIBRERIA INTERNACIONAL, Churruca, 6, San Sebastián.

**Peptopancreasis.**—Al presente número acompañamos un prospecto del Instituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), agente en España, L. Lepori, Rambla de Cataluña, 65; Barcelona, cuya lectura recomendamos.

## PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).  
**CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS**  
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus* gástricas. A. J. S. y ESCOFET. Tarragona.

### ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

## Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, número 4, Madrid.

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caquexias, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MEDICO.

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1